**ISTITUTO COMPRENSIVO “Guido GOZZANO”**



Via Le Maire 24 – 10086 RIVAROLO CANAVESE

C.F. 92517730013 e-mail TOIC8AC00D@istruzione.it

Sede di Via Le Maire Tel. 0124/424706

***PROGETTO PERMANENZA***

***SCOLASTICA***

**Per L’alunno\a**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La richiesta di permanenza è pervenuta da:

Scuola

Specialisti

Famiglia

**ANNO SCOLASTICO 20\_\_\_ / 20\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROGETTO DI PERMANENZA SCOLASTICA** | | |
| **ORDINE DI SCUOLA:** | | |
| **ALUNNO/A: ( iniziali)** | **CLASSE FREQUENTATA corrente a. s.:** | |
| **ORE DI SOSTEGNO corrente a. s.:** | | **ORE EDUCATORE corrente a. s.:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PEI - a.s. ……… \* (anno scolastico in corso)** | |
| DIAGNOSI: | (si fa riferimento alla diagnosi funzionale) |
| DEFINIZIONE DELLE POTENZIALITA’ |  |
| DEFINIZIONE DEI BISOGNI | elencare |
| OBIETTIVI FORMATIVI PRIORITARI | elencare |
| OBIETTIVI COGNITIVI PRIORITARI | elencare |
| OBIETTIVI DIDATTICI PRIORITARI | elencare |
| METODOLOGIA\E utilizzate | elencare |
| ATTIVITA’ PROPOSTE | elencare |
| STRUMENTI DI VERIFICA E  VALUTAZIONE | Elencare modalità e strumenti utilizzzati |

|  |  |
| --- | --- |
| **VALUTAZIONE DEL PEI** | |
| OBIETTIVI FORMATIVI NON RAGGIUNTI | Indicare quali |
| OBIETTIVI COGNITIVI NON RAGGIUNTI | Indicare quali |
| OBIETTIVI DIDATTICI NON RAGGIUNTI | Indicare quali |
| **PROGETTO DI PERMANENZA**  (Esplicitare gli obiettivi ritenuti prioritari e non raggiunti rispetto a quelli previsti nel PEI non necessariamente corrispondenti a quelli sopraelencati)  Allegare, se presenti, relazione di operatori, esperti ecc | |
| MOTIVAZIONI GENERALI | |
| FACILITATORI individuati nell’ambiente di permanenza proposta | Elencare |
| BARRIERE individuate con analisi oggettiva nel nuovo contesto in caso di progressione | Elencare |
| OBIETTIVI FORMATIVI prioritari | Elencare |
| OBIETTIVI COGNITIVI prioritari | Elencare |
| OBIETTIVI DIDATTICI prioritari | Elencare |
| METODOLOGIA\E adottabili per l’attuazione del progetto | Elencare |
| STRUMENTI e modalità di verifica e  VALUTAZIONE | Elencare |
| Altre annotazioni |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. REDATTORI DEL PROGETTO DI PERMANENZA** | | |
| ***I componenti del GLI/GLO, valutati i percorsi di integrazione e di educazione\istruzione dell’alunno, sottoscrivono il presente Progetto di Permanenza per l’a. s. …………*** | | |
| ***Nome e cognome*** | ***Ruolo*** | ***Firma*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| (\*): Dirigente scolastico; Docente di sostegno; Docente coordinatore di classe; Docente curricolare; Medico specialista; Logopedista;  Fisioterapista; Psicomotricista, Psicologo; Pedagogista; Assistente sociale (Servizio Sanitario); Assitente Sociale (Ente Locale); Educatore scolastico; Educatore domiciliare; Madre dell’alunno/a; Padre dell’alunno/a; Altre figure | | |
| **Luogo** |  | |
| **Data** |  | |