|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Istituto Scolastico ComprensivoCUPRA MARITTIMA e RIPATRANSONE (AP)Scuola dell’infanzia, primaria e secondaria 1° grado Cossignano – Cupra Marittima – Massignano – Montefiore dell’Aso – RipatransoneVia Da Sole, 1 - 63065 - RIPATRANSONE (AP)C.F. 82005290448 – Tel. 0735/9234 e Fax 0735/99112 - APIC804003 - *e mail:* ***apic804003@istruzione.it*** *- Pec:* ***apic804003@pec.istruzione.it*** *–* *Sito web:* [***www.iccupra-ripatransone.edu.it***](http://www.iccupra-cripatransone.gov.it/) |  |

**SCUOLA INFANZIA**

**RELAZIONE FINALE DEL PEI**

**a.s……….**

**Alunno/a:**

**Classe:**

**Coordinatore di sezione:**

**Docente di sostegno:**

**Ore di sostegno assegnate:**

**Ore di assistenza educativa:**

L’alunno/a ha frequentato la scuola in maniera:

* Regolare
* Saltuaria

**11. Verifica finale/Proposte per le risorse professionali e i servizi di supporto necessari**

|  |  |
| --- | --- |
| Verifica finale del PEIValutazione globale dei risultati raggiunti (con riferimento agli elementi di verifica delle varie Sezioni del PEI)  |  |

**Aggiornamento delle condizioni di contesto e progettazione per l’a.s. successivo [Sez. 5-6-7]**

|  |
| --- |
|  |

**Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza**

**Assistenza**

|  |  |
| --- | --- |
| Assistenza di base (**per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi**) * *igienica*
* *spostamenti*
* *mensa*
* *altro (specificare……….)*

Dati relativi all’assistenza di base (nominativi collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria) | Assistenza specialistica all’autonomia e/o alla comunicazione (**per azioni riconducibili ad interventi educativi**):Comunicazione:* *assistenza a bambini/e privi della vista*
* *assistenza a bambini/e privi dell’udito* ◻
* *assistenza a bambini/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo*

Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:* *cura di sé*
* *mensa*
* *altro (specificare …………………)*

Dati relativi agli interventi educativi all’autonomia e alla comunicazione (nominativi educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria) |

*Per le esigenze di tipo sanitario si rimanda alla relativa documentazione presente nel Fascicolo del/della bambino/a*

|  |  |
| --- | --- |
| Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.) | Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo  |

|  |  |
| --- | --- |
| Proposta del numero di ore di sostegno per l'anno successivo\* | Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, **tenuto conto □ del Profilo di Funzionamento**, oltre che dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno, si propone - nell’ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 29.12.2020, n. 182 - il seguente fabbisogno di ore di sostegno.Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la seguente motivazione:………………………………………………………………………. |
| Proposta delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di basee delle risorse professionali da destinareall'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno successivo\*\* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017) | Partendo dalle osservazioni descritte nelle Sezioni 4 e 6 e dagli interventi descritti nelle Sezioni n. 5 e 7, tenuto conto del Profilo di Funzionamento e dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno:- si indica il fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente…………………………………………………………………………………………….- si indica, come segue, il fabbisogno di risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione - nell’ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 182/2020 e dall’Accordo di cui all’art. 3, comma 5*bis* del D.Lgs 66/2017 - per l'a. s. successivo: tipologia di assistenza / figura professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per N. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1).  |
| Eventuali esigenze correlate al trasporto del bambino o della bambina da e verso la scuola |  |
| Indicazioni per il PEI dell'anno successivo | Suggerimenti, proposte, strategie che hanno particolarmente funzionato e che potrebbero essere riproposte; criticità emerse da correggere, ecc…..……………………………………………………………..………………………………………………………………………..………………………………………………………….. |

(1) L’indicazione delle ore è finalizzata unicamente a permettere al Dirigente Scolastico di formulare la richiesta complessiva d’Istituto delle misure di sostegno ulteriori rispetto a quelle didattiche, da proporre e condividere con l’Ente Territoriale

**Nel corso dell’anno l’alunno è stato coinvolto nei seguenti progetti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

La verifica finale, con la proposta del numero di ore di sostegno e delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nonché delle tipologie di assistenza/figure professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno scolastico successivo, è stata approvata dal GLO in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come risulta da verbale.

Firma del team docente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome  | Disciplina/e | Firma  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Firma della Docente di Sostegno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_