****

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

**SCUOLA INFANZIA**

**RELAZIONE FINALE DEL PEI**

**a.s.2022-2023**

**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 PEI  Valutazione 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 base  e delle risorse professionali da destinare  all'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

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