INCLUSIONE EDUCATIVA DI BAMBINI CON DISABILITA' SENSORIALE
RELAZIONE FINALE DEL PIANO INDIVIDUALE
PERCORSO NIDI
ANNO EDUCATIVO ____/____

attivazione del servizio nidi/micronidi pubblici e privati e sezioni primavera della scuola dell'infanzia

DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO

Cognome _____Nome _____

CF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ID_____

DENOMINAZIONE ENTE EROGATORE: _____

TIPOLOGIA DISABILITÀ:

□ Sensoriale Visiva □ Sensoriale Uditiva □ Pluridisabilità

Specificare la tipologia di pluridisabilità:

- ☐ Sensoriale Visiva in presenza di altra disabilità (specificarla _____)
- ☐ Sensoriale Uditiva in presenza di altra disabilità (specificarla_____)
- ☐ Sordo - Cieco
- ☐ Presenza di genitori con disabilità sensoriale
- ☐ Presenza di fratelli/sorelle con disabilità sensoriale
- ☐ Utilizzo LIS (Lingua dei Segni) come modalità comunicativa utilizzata prevalentemente in famiglia

Il minore frequenta:

□ Asilo Nido □ Micronido □ Sezione Primavera

Anno di frequenza:
□ 1° □ 2° □ 3° □ Anno di saldatura

Frequenza:

□ Tempo pieno □ Tempo parziale: _____(specificare)

Denominazione della struttura:

_____

Indirizzo:

_____

Comune:

_____

Tel: _____E mail: _____

Coordinatore della struttura

_____

Tel: _____E mail: _____

ALTRI SERVIZI COINVOLTI

_____

_____

PIANO INDIVIDUALE:

Tempistica di osservazione

Data avvio dell'intervento _____ (a partire dall'osservazione/valutazione ambientale)

INTERVENTI ATTIVATI DURANTE L'ANNO EDUCATIVO

Assistenza alla Comunicazione
Operatore di riferimento: _____
Si confermano i dati dell'operatore presente nel P.I o sostituito e comunicato via e-mail

□ SI
□ NO:_____(*Nome e Cognome del nuovo operatore*)

Numero ore totali previste nel PI n. ___, di cui: in struttura n.____, al domicilio n._____
Ore totali erogate n.____, di cui: in struttura n._____, al domicilio n._____

Interventi Tiflologici/Pedagogici) (per operatore di riferimento)

Numero ore totali previste nel PI n. ___

Ore complessive erogate n. ___

Consulenza Tiflologica/Pedagogica
Operatore di riferimento_____
Si confermano i dati dell'operatore presente nel P.I. o sostituito e comunicato via e-mail
□ SI
□ NO: (Nome e Cognome del nuovo operatore)

Ore erogate n. ___, di cui: in struttura n._____, al domicilio n. _____

Fornitura del materiale speciale (MAX euro 400,00)
Importo dichiarato nel PI_____ **Importo speso pari a: _____**
ultima data della consegna/acquisto: __/___/___

□ Consegnato □ Non consegnato* □ Parzialmente consegnato
*specificare le motivazioni
_____

DETTAGLIARE ELENCO DEI MATERIALI ACQUISTATI *(descrivere il materiale presente nelle fatture trasmesse)*

_____
_____
_____

IMPORTO TOTALE PREVISTO NEL PI: € _____

IMPORTO COMPLESSIVO SPESO: € _____

INTERVENTI ATTIVATI NELL'A.E. _____/_____

PARTE DESCRITTIVA DEGLI INTERVENTI:

_____

_____

SINTESI DELLA FASE DI OSSERVAZIONE:

_____

_____

GLI OBIETTIVI PREVISTI SI SONO ATTUATI ATTRAVERSO LE SEGUENTI AZIONI: (relazione sintetica evidenziando al massimo 4 azioni prevalenti)

_____

_____

MODALITA' DI RACCORDO CON LE FIGURE DI RIFERIMENTO E INCONTRI EFFETTUATI (indicare il numero di incontri suddivisi per interlocutore in funzione della progettazione e verifica delle attività svolte in raccordo con il progetto)

□ Famiglia n. ___ □ Servizi Sociali n. ___
□ Struttura n. ___ □ Specialisti n. ___
□ Incontri collegiali n. ___

GLI OBIETTIVI PER L'ANNO EDUCATIVO SUCCESSIVO:

(proporre massimo 4 obiettivi da raggiungere nell'anno scolastico successivo condivisi con le figure di riferimento)

_____

_____

_____

_____

SEGNALAZIONI E/O CRITICITA' RILEVATE

_____

_____

_____

_____

AVENDO COMPILATO LA RELAZIONE FINALE E RICONOSCIUTO CHE ATS SU QUESTO PI HA GIA' EROGATO LE SEGUENTI CIFRE:

I ACCONTO (pari al 50% + 400€ costi generali): € _____

SI RICHIEDE LA SEGUENTE CIFRA A SALDO: € _____
IMPORTO EFFETTIVAMENTE RICHIESTO: € _____

Data_____

Firma leggibile del/gli Operatore/i di riferimento

_____

_____

Firma leggibile del Responsabile dell'Ente

_____