



## ISTITUTO COMPRENSIVO DI AVIGLIANA

Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 3 – 10051 AVIGLIANA (TO) – C.M. TOIC8AG00R - C.F.  
95616040010

Tel. 011-9328041 / 9328771 - Fax 011-9341984

e-mail: toic8ag00r@pec.istruzione.it

### Piano Didattico Personalizzato Scuola dell'Infanzia

Cognome e nome allievo/a:

Frequentante la Scuola dell'Infanzia : sezione:

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lingua madre:

Eventuale bilinguismo: \_\_\_\_\_

#### **INDIVIDUAZIONE DELLA SITUAZIONE DI BISOGNO EDUCATIVO SPECIALE DA PARTE DI:**

SERVIZIO SANITARIO - Diagnosi / Relazione multi professionale:

\_\_\_\_\_

(o diagnosi rilasciata da privati, in attesa di ratifica e certificazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale)

Codice ICD10: \_\_\_\_\_

Redatta da: \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Aggiornamenti diagnostici: \_\_\_\_\_

Altre relazioni cliniche: \_\_\_\_\_

Interventi riabilitativi: \_\_\_\_\_

ALTRO SERVIZIO - Documentazione presentata alla scuola \_\_\_\_\_

Redatta da: \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CONSIGLIO DI CLASSE/TEAM DOCENTI ( relazione inclusa nel PDP)

---

## **Analisi sintetica della situazione dell'alunno**

**Ambito cognitivo**

**Ambito relazionale**

**Ambito linguistico**

**Ambito motorio /prassico**

**Ambito educativo- sociale**

**Autonomia personale**

**Ambito psico – affettivo**

**Obiettivi da raggiungere per ogni ambito**  
**Strategie didattiche e relazionali condivise con la famiglia**

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA DEI GENITORI**

---

---

**FIRMA DEI DOCENTI**

---

---

---