**RELAZIONE FINALE**

**ALLEGATO DEL P.E.I.**

**ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE**

**ALUNNI CON DISABILITÀ PSICOFISICA E SENSORIALE (L. 104/92-D.L. 96/19)**

**A.S. 2023/2024**

:

ALUNNO:

ORE DI ASSISTENZA:

SCUOLA:

CLASSE-SEZIONE:

|  |
| --- |
| **ASSISTENTE/I:**    **ASSISTENTE: L.I.S. BRAILLE A.S.A.C.O.M.**  **COOPERATIVA SOCIALE:** |

|  |
| --- |
| **PRESENTAZIONE DELL’UTENTE** |

|  |
| --- |
| **AREA DELL’AUTONOMIA** |
| **Raggiungimento degli obiettivi:**  **Attività e metodologia:**  **Spazi utilizzati e tempi di attuazione:** |

|  |
| --- |
| **AREA DELLA COMUNICAZIONE E DEL LINGUAGGIO VERBALE E NON VERBALE** |
| **Raggiungimento degli obiettivi:**  **Attività e metodologia:**  **Spazi utilizzati e tempi di attuazione:** |

|  |
| --- |
| **AREA MOTORIO-PRASSICA** |
| **Raggiungimento degli obiettivi:**  **Attività e metodologia:**  **Spazi utilizzati e tempi di attuazione:** |

|  |
| --- |
| **AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA** |
| **Raggiungimento degli obiettivi:**  **Attività e metodologia:**  **Spazi utilizzati e tempi di attuazione:** |

|  |
| --- |
| **AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE** |
| **Raggiungimento degli obiettivi:**  **Attività e metodologia:**  **Spazi utilizzati e tempi di attuazione:** |

|  |
| --- |
| **AREA SOCIALE** |
| **Raggiungimento degli obiettivi:**  **Attività e metodologia:**  **Spazi utilizzati e tempi di attuazione:** |

|  |
| --- |
| **EVOLUZIONE DEI RAPPORTI CON LA FAMIGLIA** |
|  |

|  |
| --- |
| **ATTIVITA' EXTRASCOLASTICHE SVOLTE** |
|  |

Data: Firma: