

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RELAZIONE INIZIALE PROGETTUALE**

**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. 20…./20…..**

:

ALUNNO:

ORE DI ASSISTENZA:

CLASSE-SEZIONE:

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

|  |
| --- |
| AUTONOMIA |
| Spostamenti:Cura della persona: Attività scolastica: Autonomia sociale: |

|  |
| --- |
| COMUNICATIVO - RELAZIONALE |
| Conversazione spontanea: Emotività:Comportamenti problema:Motivazione:Inserimento nel gruppo e rapporto con i compagni: Rapporto con gli adulti:Attività scolastiche:  |

|  |
| --- |
| **RAPPORTI CON LA FAMIGLIA**  |
|  |

|  |
| --- |
| ATTIVITA' EXTRASCOLASTICHE |
|  |

PROGETTO EDUCATIVO

|  |  |
| --- | --- |
| **Obiettivo** | **Metodologia** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Data,

Firma/e