

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

**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