

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)

Coordinatore della struttura

Tel: _____ E mail: _____

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

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

Interventi Tiflogici/Pedagogici) (per operatore di riferimento)

Numero ore totali previste nel PI n. ____

Ore complessive erogate n. ____

Consulenza Tiflogica/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
