	modulo	cod. SQ03F1STD	pag. 1 di 5
	Progetto Personalizzato DS	stato	rev 02 del 16/10/2015
		ref. sez. MQ	7

Progetto Personalizzato di supporto all'Integrazione Scolastica: DS

Anno Scolastico _____

Comune di residenza _____

Nome e Cognome studente	
Anno di nascita	
Scuola <i>(specificare Istituto Comprensivo e/o Circolo)</i>	
Plesso	
Comune di ubicazione Plesso	
Classe	

Nome e cognome educatrice-educatore	
--	--

Data Avvio Intervento	Ore settimanali
-----------------------	-----------------

Orario Intervento

	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	Totale
Lunedì							
Martedì							
Mercoledì							
Giovedì							
Venerdì							
Sabato							
TOTALE							

Il Progetto Educativo prevede l'assistenza durante il pranzo


SI

☐

NO


☐

Tipologia di disabilità sensoriale (uditiva/visiva) e ausili eventualmente utilizzati	
--	--

	modulo	cod. SQ03F1STD	pag. 2 di 5
	Progetto Personalizzato DS	stato	rev 02 del 16/10/2015
		rif. sez. MQ	7

<p>Breve presentazione dello studente. Risorse e caratteristiche.</p>	
--	--

<p>Analisi del contesto scolastico</p>	
---	--


	modulo	cod. SQ03F1STD	pag. 3 di 5
	Progetto Personalizzato DS	stato	rev 02 del 16/10/2015
		rif. sez. MQ	7

Obiettivi Educativi dell'intervento (specifici, misurabili)	
--	--

Indicatori di realizzazione (risultati attesi, descrivibili e/o misurabili)	
--	--

AZIONI (metodologie, strategie, strumenti, ausili, ecc.)	
---	--

NOTE	
-------------	--

	modulo	cod. SQ03F1STD	pag. 4 di 5
	Progetto Personalizzato DS	stato	rev 02 del 16/10/2015
		rif. sez. MQ	7

Indicare se si sono svolti o sono previsti incontri con insegnanti, specialisti, famiglie. (Se sì, specificare data e con quali interlocutori)	
---	--

DATA _____ FIRMA EDUCATORE _____

Per Presa Visione

Insegnanti	Invio alla scuola	_____
Referente Progetti Personalizzati Cooperativa		_____
Ass. Sociale Comunale	Accedono ad area riservata in sito web	_____
Genitore/i	Condivisione con scuola tramite insegnanti	_____

