

PIANIFICAZIONE EDUCATIVA INDIVIDUALE
PEI Scheda di pianificazione per i
Genitori

Nome dello Studente: _____ **Data:** _____

Nome del Genitore: _____

Al fine di sviluppare il miglior programma possibile, abbiamo bisogno della tua assistenza e conoscenza di tuo figlio. Sotto ci sono delle domande in preparazione in preparazione all'incontro PEI. Si prega di aggiungere ogni suggerimento o informazione aggiuntiva per il futuro per il team del PEI.

- Quali credi siano i punti di forza di tuo figlio?

___ Prova cose nuove	___ Ha senso dell'umorismo	___ È bravo nelle attività domestiche
___ Fa nuove amicizie facilmente	___ Ha buone idee	___ Dice, "per favore" e "grazie"
___ Incoraggia gli altri	___ Parla chiaramente	___ È felice
___ Offre aiuto agli altri	___ Ha buona autostima	___ Gioca bene con gli altri bambini
___ Ama i libri	___ Capisce ciò che è detto	___ È bravo negli sport
___ Ammette gli errori	___ Ascolta attentamente	___ Mantiene contatto visivo
___ Fa le faccende di casa	___ Segue le istruzioni	___ Ha un buon appetito
___ Fa i compiti a casa	___ Chiede aiuto	___ Ha poche paure
___ Non si arrende facilmente	___ Continua a provare	___ Si fa capire
___ Si adatta facilmente ai cambiamenti	___ Si adatta bene a persone diverse	___ È orgoglioso di sé
___ Ama la musica	___ Ama che gli si legga	___ Sorride alla gente

- Quali credi siano le debolezze del tuo bambino (ad esempio, aree che possono essere frustranti o in cui credi che il tuo bambino abbia bisogno particolare di migliorare)?

___ Litiga con te	___ È troppo serio	___ Si distrae facilmente
___ Mangia cose che non sono cibo	___ Agisce senza pensare	___ Ha problemi a fare amicizia
___ Ha problemi a passare da attività ad attività	___ Non fa i lavoretti	___ Ha timore degli altri
___ Si preoccupa di quello che pensano i genitori	___ Rompe oggetti	___ Non parla chiaramente
___ Rimane arrabbiato a lungo	___ Non ascolta	___ Non chiede aiuto
___ Rifiuta aiuto	___ Ha problemi agli occhi	___ È critico di sé
___ Si lamenta delle mansioni	___ Ha paura	___ Non sorride
___ Non sembra felice	___ Dimentica	___ Ha problemi alle orecchie
___ Non si adatta bene al cambiamento	___ Cerca di farsi male	___ Non rimane attento a lungo
___ È nervoso	___ Ha spesso la febbre	___ Fa i capricci
___ Urla	___ Ha bisogno che gli si mostri come fare le cose	___ Ha bisogno di molta supervisione
___ È iperattivo	___ Vuole sempre aver ragione	___ È spesso malato
	___ Sogna ad occhi aperti	___ È facilmente turbabile
		___ Ha problemi ad usare il bagno

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Non capisce ciò che gli viene detto la prima volta | <input type="checkbox"/> Diventa irrequieto quando le cose sono perse | <input type="checkbox"/> Fa il bullo con fratelli e sorelle |
| <input type="checkbox"/> Ha bisogno di istruzioni molto semplici | <input type="checkbox"/> Ha allergie gravi | <input type="checkbox"/> Ha raffreddori frequenti |
| <input type="checkbox"/> È nervoso a rispondere | <input type="checkbox"/> Ha poca concentrazione | <input type="checkbox"/> Si arrampica su cose |
| <input type="checkbox"/> Fissa nel vuoto | <input type="checkbox"/> Ripete lo stesso pensiero continuamente | <input type="checkbox"/> Piange facilmente |
| <input type="checkbox"/> Non gli importa | <input type="checkbox"/> Si arrabbia se non ottiene ciò che vuole | <input type="checkbox"/> Ha attacchi epilettici |
| <input type="checkbox"/> Non capisce la matematica | <input type="checkbox"/> Non sa leggere | <input type="checkbox"/> Non legge |
| <input type="checkbox"/> Non gioca bene con gli altri | <input type="checkbox"/> Non fa compiti di matemat. | <input type="checkbox"/> È capriccioso |
| <input type="checkbox"/> Non parla molto bene | <input type="checkbox"/> Colpisce altri | <input type="checkbox"/> È timido con gli altri |
| <input type="checkbox"/> Non pronuncia tutti i suoni correttamente quando parla | <input type="checkbox"/> Non riesce a dire cosa sta pensando senza lunghe pause | <input type="checkbox"/> Rimane ammalato a lungo |
| <input type="checkbox"/> Si arrabbia quando non riesce a fare qualcosa rapidamente | | <input type="checkbox"/> Ha otiti |
| | | <input type="checkbox"/> Non ride molto |
| | | <input type="checkbox"/> Ha paura di morire |
| | | <input type="checkbox"/> Rompe oggetti |

-
-
-
- In che modo credi tu figlio impara meglio? (Quali situazioni semplificano l'insegnamento)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sessioni uno ad uno con l'insegnante | <input type="checkbox"/> Sessioni uno ad uno con un amico |
| <input type="checkbox"/> Sessioni uno ad uno con il genitore | <input type="checkbox"/> Sessioni uno ad uno con fratello/sorella |
| <input type="checkbox"/> Usando libri con immagini | <input type="checkbox"/> Con schede di lavoro |
| <input type="checkbox"/> Usando oggetti (ad esempio per contare) | <input type="checkbox"/> In un'aula |
| <input type="checkbox"/> Guardano qualcuno svolgere prima l'attività | |
| <input type="checkbox"/> Quando mio figlio è affezionato all'insegnante | <input type="checkbox"/> Senza rumori nella stanza |
| <input type="checkbox"/> Con la musica | <input type="checkbox"/> Usando il computer |
| <input type="checkbox"/> Con mio figlio sulle mie ginocchia | <input type="checkbox"/> Con mio figlio seduto accanto a me su una sedia morbida |
| <input type="checkbox"/> Con mio figlio seduto al tavolo | <input type="checkbox"/> Con mio figlio seduto ad una scrivania |
| <input type="checkbox"/> Con le luci abbassate | <input type="checkbox"/> Con luce forte nella stanza |
| <input type="checkbox"/> Con degli snack | <input type="checkbox"/> Senza cibo attorno |
| <input type="checkbox"/> Con la TV/radio accesa | <input type="checkbox"/> Con la TV/radio spenta |

-
-
-
- Descrivere per cortesia le abilità di apprendimento che tuo figlio pratica regolarmente a casa. (ad esempio, leggere, attività manuali, usare il computer).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Legge al genitore quotidianamente | <input type="checkbox"/> Legge a fratelli/sorelle quotidianamente |
| <input type="checkbox"/> Esercita la matematica quotidianamente | <input type="checkbox"/> Disegna con matite, pastelli a cera, pennarelli |
| <input type="checkbox"/> Gli piace cucinare biscotti | <input type="checkbox"/> Usa il computer quotidianamente per fare matematica, leggere |
| <input type="checkbox"/> Gli piace fare attività manuali | |
-

- Ha tuo figlio dei comportamenti che preoccupano te o altri membri della famiglia? Se sì, per cortesia descriver il comportamento/i.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bagna il letto | <input type="checkbox"/> Dice: “Vorrei essere morto” | <input type="checkbox"/> Litiga su tutto |
| <input type="checkbox"/> Rompe oggetti | <input type="checkbox"/> Non dorme bene | <input type="checkbox"/> Rifiuta di andare a letto |
| <input type="checkbox"/> Si rifiuta di fare i compiti | <input type="checkbox"/> Capricci | <input type="checkbox"/> Litiga molto |
| <input type="checkbox"/> È triste | <input type="checkbox"/> Ha problemi di stomaco | <input type="checkbox"/> Ha allergie |
| <input type="checkbox"/> Fa dei rumori quando gioca | <input type="checkbox"/> Si rifiuta di giocare con gli altri | <input type="checkbox"/> Farfuglia tra sé e sé |
| <input type="checkbox"/> Agisce senza pensare | <input type="checkbox"/> Si lamenta della sua salute | <input type="checkbox"/> Ha mal di testa |
| <input type="checkbox"/> Sta sempre solo | <input type="checkbox"/> Si distrae facilmente | <input type="checkbox"/> È troppo serio |
| <input type="checkbox"/> La voce suona stridente | <input type="checkbox"/> Non ride o sorride | <input type="checkbox"/> Balbetta |
| <input type="checkbox"/> Urla | <input type="checkbox"/> Parla di morire | <input type="checkbox"/> Gioca con i propri organi genitali |
| <input type="checkbox"/> Non sembra in grado di finire qualcosa | <input type="checkbox"/> Dice: “Non piaccio a nessuno” | <input type="checkbox"/> Si mangia le unghie |
| <input type="checkbox"/> Minaccia di fare male agli altri | <input type="checkbox"/> Ha problemi a prendere decisioni | <input type="checkbox"/> Si frustra facilmente |
| | <input type="checkbox"/> Dice parolacce | <input type="checkbox"/> Non parla in modo chiaro |

- Quali sono i talenti o gli hobby di tuo figlio?

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Musica | <input type="checkbox"/> Colorare | <input type="checkbox"/> Andare a cavallo |
| <input type="checkbox"/> Dire storie | <input type="checkbox"/> Leggere | <input type="checkbox"/> Memorizzare |
| <input type="checkbox"/> Dire poesie | <input type="checkbox"/> Travestirsi | <input type="checkbox"/> Andare in bicicletta |
| <input type="checkbox"/> Ricordare informazioni | <input type="checkbox"/> Cucinare | <input type="checkbox"/> Fare giardinaggio |
| <input type="checkbox"/> Arte | <input type="checkbox"/> Fotografia | <input type="checkbox"/> Fare i puzzles |
| <input type="checkbox"/> Scrivere storie | | |

- Quali sono le attività preferite di tuo figlio?

- Ha tuo figlio delle paure particolari? Se sì, per cortesia descriverle.

- In che modo reagisce solitamente tuo figlio quando è turbato e come reagisci tu a tale comportamento?

- Ha delle preoccupazioni particolari riguardo il programma scolastico di tuo figlio per quest'anno? Se sì, per cortesia descriverle.

- Quali sono le speranze più grandi per tuo figlio quest'anno?

- Ci sono altre informazioni che potrebbero aiutarci a capire meglio tuo figlio?

- Ci sono altre questioni che vorresti discutere al prossimo incontro con il team del PEI?

Grazie per contribuire con preziose esperienze dei genitori.

Cordialmente,

(Coordinatore del Team PEI)