

**LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. FRACASTORO"**

**V E R O N A**

**Piano Didattico Personalizzato**

(per situazioni temporanee e/o in assenza di diagnosi o certificazione[[1]](#footnote-1))

Anno scolastico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome dell’alunno/a** |  |
| **Data di nascita**  |  | **Classe frequentata** |  |
| **Presenza di valutazione****specialistica** | **SI' ⁭** | **NO ⁭** |
| **Sintesi valutazione****specialistica** |  |
| **Percorso scolastico**  | **Regolare ⁭ Difficoltoso ⁭** |

|  |
| --- |
| **Definizione del bisogno educativo speciale** |
|  |

|  |
| --- |
| **Informazioni emerse da colloqui con la famiglia e con l'alunno/a** |
|  |

|  |
| --- |
| **Specifiche difficoltà rilevate dai docenti** |
|  |

|  |
| --- |
| **Punti di forza dell'alunno/a** |
|  |

|  |
| --- |
| **Deliberazioni del Consiglio di classe in merito a[[2]](#footnote-2):** |
| **Obiettivi di apprendimento** |  |
| **Misure compensative****e/o dispensative**  |  |
| **Verifiche e valutazione** |  |
| **Orario scolastico** |  |
| **Altro**  |  |
| **Periodo**  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il COORDINATORE del C.d.C

I Genitori

1. Per esempio malattia, traumi, che incidono sulla frequenza e la capacità di studio; disagio psicologico ecc. [↑](#footnote-ref-1)
2. Non è necessario completare l’intera tabella: scegliere solo ciò che è ritenuto necessario. [↑](#footnote-ref-2)