ISTITUTO COMPRENSIVO di ZOLA PREDOSA
Via Albergati, 30 – 40069 Zola Predosa (BO)
Tel. 051/755355 – 051/755455 - Fax 051/753754
E-mail: boic86400n@istruzione.it – Pec : boic86400n@pec.istruzione.it
Cod. Fiscale: 80072450374 – Cod. IPA: istsc_boic86400n – Cod. Univoco: UF4HRF
Sito web: https://iczolabo.edu.it

MODELLO D – PIANO INDIVIDUALE DI PREVENZIONE DELLE CRISI COMPORTAMENTALI

Alunno: _____

Classe: _____

Approvato dal Consiglio di Classe in data: _____

Approvato ☐ dalla famiglia ☐ dai curanti in data: : _____

	ANALISI	**OBIETTIVI per il periodo dal … al ….**
Funzione individuata come prioritaria		
Verifiche da apportare al contesto		
Modifiche nell'organizzazione del lavoro scolastico		
Modifiche nelle risposte degli adulti e dei compagni		
Modifiche nell'insegnamento		
Procedure di riduzione del comportamento-problema		

Gestione uscite aula/bagno		

IMPEGNI DELLA FAMIGLIA
La famiglia, consultata in data ……, ha espresso il seguente parere sul piano di prevenzione sopra riportato: …….
In collegamento a tale piano, consapevole della necessità di mantenimento di profili di comportamenti omogenei tra tutti gli adulti, i familiari si impegnano a: ……

In caso di alunno certificato e/o seguito da clinici privati o pubblici

CONSIDERAZIONI DEI CURANTI
Il dott./la dott.ssa ……., in data ……., ha espresso il seguente parere sul piano di prevenzione sopra riportato: …….
In collegamento a tale piano, consapevole della necessità di definizione di interventi coordinati tra le istituzioni coinvolte si impegnano come segue: …….
È stata valutata la necessità di uso di farmaci per il controllo del comportamento? Sì ☐ No ☐ …….
In caso sia necessaria la somministrazione di farmaci a scuola, il protocollo relativo è stato avviato in data ……..

In caso di coinvolgimento dei servizi sociali:

CONSIDERAZIONI DEI SERVIZI SOCIALI
I servizi sociali, nella/e persona/e di ……., in data ……., hanno preso visione del presente piano di prevenzione e hanno espresso il seguente parere:

…….
In collegamento a tale piano, consapevole della necessità di definizione di interventi coordinati tra le istituzioni coinvolte, si impegnano come segue: …….

In caso di alunno con certificazione L. 104:
Il presente piano di prevenzione viene allegato al PEI dell'alunno in data ……

In caso di alunno con DSA / altri BES
Il presente piano di prevenzione viene allegato al PDP / mini-PDP dell'alunno in data …….

Firma per presa visione, condivisione ed accettazione:

	Nome e cognome	**Firma**
Dirigente Scolastico		
Docenti		
Referente clinico		
Assistente sociale		

Genitori / tutori		