**INTESTAZIONE SCUOLA**

**MODELLO D – PIANO INDIVIDUALE DI PREVENZIONE DELLE CRISI COMPORTAMENTALI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 ESTINZIONE DEL COMPORTAMENTO |  |  |

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

|  |
| --- |
| **In caso di alunno certificato e/o seguito da clinici privati o pubblici** |
| 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?  SI’ 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 nelle persone di …. |
| 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:  Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **In caso di alunno certificato:**  Il presente piano di prevenzione viene allegato al PEI dell’alunno in data ………………  **In caso di alunno con Bisogni Educativi Speciali**  Il presente piano di prevenzione viene allegato al PDP dell’alunno in data ………….. |