

PIANO GENITORIALE INDIVIDUALE

Redatto da

NOME

COGNOME

Relazione col minore PADRE MADRE

per essere prodotto nella seguente procedura:

.....

Relativo al minore

NOME

COGNOME

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA/...../.....

ATTUALE INDIRIZZO DI RESIDENZA DEL MINORE:

.....

presso abitazione di proprietà di

INDIRIZZO DOVE IL MINORE DIMORA, SE DIVERSO DA QUELLO DI RESIDENZA:

.....

presso abitazione di proprietà di

ISTRUZIONE

Scuola frequentata:

.....

.....

Anno di corso:

Indicare il genitore o la persona che prevalentemente accompagna e riprende il minore

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Accomp.						
Ripresa						

Dopo-scuola (se frequentato) Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato

Orari: dalle alle

Scuole speciali frequentate

.....

Percorsi di recupero e ripetizioni (se se ne usufruisce)

MATERIA	Nome insegnante	Frequenza (ore/settimana)	Periodo di inizio

Piani di studio personalizzati (PSP) SI NO

In caso positivo, indicare la motivazione e le caratteristiche del PSP

.....

Indicare il genitore che segue e controlla lo svolgimento delle attività scolastiche

PADRE % MADRE %

Se in possesso del calendario scolastico, allegarlo

ATTIVITÀ EXTRA-SCOLASTICHE

Indicare le attività extrascolastiche frequentate dal minore

ATTIVITÀ	Nome insegnante	Frequenza (ore/settimana)	Periodo inizio	Genitore che accompagna

Indicare eventuali altre attività extrascolastiche che si vorrebbe far frequentare al minore:

.....

tali attività sono state indicate DAL MINORE DAL GENITORE CHE REDIGE IL PIANO

AMICIZIE E ADULTI DI RIFERIMENTO OLTRE AI GENITORI

Indicare le amicizie e gli adulti di riferimenti per il minore, con la frequenza di visita

Nome e cognome	Relazione col minore	Contatto	Frequenza di visita

INFORMAZIONI MEDICHE

Pediatra o medico di riferimento

.....

Dentista o ortodontista

.....

Oculista

.....

Psicologo

.....

Altri specialisti

.....

.....

.....

Indicare chi accompagna di prevalenza il minore alle visite mediche

.....

Indicare chi dei genitori paga per le spese mediche non coperte dal SSN

PADRE % MADRE %

Indicare se il minore soffre di particolari patologie e allegare in caso il piano terapeutico

.....

Indicare se il minore assume farmaci periodici, il nome e la frequenza di assunzione

.....

.....

RELIGIONE

Indicare la religione seguita dai genitori o dal minore (non indicare nulla se atei o agnostici)

PADRE	
MADRE	
MINORE	

Indicare la frequenza con cui il minore frequenta luoghi di culto o percorsi di di preparazione

.....

STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

Indicare il numero di telefono del minore, se disponibile

.....
Indicare il modello del telefono in uso al minore e l'anno di acquisto

.....
Indicare chi ha pagato le spese del telefono sino ad ora

PADRE % MADRE % _____ %

Indicare la frequenza e l'orario in cui il genitore potrà sentire il figlio quando è con l'altro genitore
.....

Indicare la mail del minore, se disponibile

.....
Indicare chi ha le spese di connessione ad internet sino ad ora

PADRE % MADRE % _____ %

Mezzi di controllo già installati sui dispositivi in uso al minore

.....
.....

Indicare la disponibilità ad installare strumenti di controllo sul computer e sul telefono

SI NO

Indicare la disponibilità a far utilizzare al minore social-network

SI NO

Indicare il consenso a far pubblicare all'altro genitore le foto del minore sui social-network (da valere se con reciprocità del consenso)

SI NO

PERIODI DI VISITA PROPOSTI PER IL GENITORE NON COLLOCATARIO

A) PERIODI SCOLASTICI E ORDINARI

SETTIMANA 1	Genitore con cui il minore trascorre il tempo extrascolastico	Genitore con cui il minore pernotta
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		

SETTIMANA 2	Genitore con cui il minore trascorre il tempo extrascolastico	Genitore con cui il minore pernotta
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		

Eventuali altre precisazioni

.....

B) PERIODI DI VACANZA

Indicare i luoghi nei quali il minore è solito trascorrere periodicamente le vacanze

Luogo	accompagnatore	periodo
		da a

Indicare la proposta di frequentazioni del minore con ciascun genitore nei seguenti periodi di vacanza

	padre	madre	ad anni alterni
Primo novembre e festa di tutti i Santi			
8 dicembre (immacolata)			
Vacanze di Natale			
Capodanno ed Epifania			
Pasqua e Pasquetta			
25 aprile (Liberazione)			
1° maggio (Festa del Lavoro)			
2 giugno (Festa della Repubblica)			
Compleanno madre/...../.....		X	
Compleanno padre/...../.....	X		
Festa della Mamma		X	
Festa del Papà	X		

Compleanno del figlio			
Altre festività			
.....			

Indicare il numero di settimane con cui ciascun genitore potrà stare con i figli nel periodo estivo
 settimana/e consecutive non consecutive
 da concordare entro il mese di di ciascun anno

ESPATRIO

Indicare la disponibilità a che il figlio trascorra del tempo di vacanza all'estero se accompagnato dall'altro genitore e a condizione di reciprocità del consenso
 SI NO

BENEFICI E INDENNITÀ

Le eventuali deduzioni fiscali per i minori saranno a favore di:
 PADRE MADRE ENTRAMBI AL 50%
 L'assegno unico per i figli sarà percepito da:
 PADRE MADRE ENTRAMBI AL 50%

ALTRE INFORMAZIONI O PROPOSTE RITENUTE RILEVANTI

.....

Luogo data / /

Firma del genitore

.....

ALLEGATI

Piani di studio personalizzati (PSP) Calendario scolastico Piano terapeutico