

GRUPPO OPERATIVO DELL'ASL

REFERENTE DOTT. _____

EDUCATORE ASL _____

LOGOPEDISTA _____

FISIOTERAPISTA _____

QUADRO FAMILIARE**Componenti nucleo familiare**

Nome	Rapporto di parentela	Luogo e data di nascita	Professione

- **L'alunno vive in famiglia** SI NO

se no, dove? _____

- **In famiglia convivono altre persone:** Non Z Cugi Altri

- **La famiglia è:** Natura Adottant Affidatari

PROFILO DELL'ALUNNOLa scuola è in possesso di Diagnosi Funzionale: SI NO

Data della Diagnosi Funzionale: _____

Codici classificazione ICD10 riportati nel D.F.: _____

PROFILO DIDATTICO

DATI RELATIVI ALLA PRECEDENTE SCOLARIZZAZIONE			
Anno scolastico	Scuola frequentata	Classe/ sezione	Tipo di frequenza (regolare/irregolare)

L'alunno fruisce di una riduzione dell'orario di lezione

 SI

 NO

Se sì, in quali giorni:

Di quante ore:

L'alunno utilizza: (descrivere se utilizza trasporti speciali con o senza accompagnatore; particolari strumenti e/o ausili sia per gli apprendimenti che per le autonomie, ecc.)

La mensa saltuariamente	SÌ	NO
La mensa tutti i giorni	SÌ	NO
Il trasporto speciale	SÌ	NO
Il trasporto speciale con accompagnatore	SÌ	NO
Il servoscala	SÌ	NO
Il bagno attrezzato	SÌ	NO
La carrozzella	SÌ	NO
Il banco speciale	SÌ	NO
Ausili informatici	SÌ	NO
Il P.C. con software particolari	SÌ	NO
L'ambiente di riposo	SÌ	NO
Strumenti e ausili particolari	SÌ	NO
Altro _____	Sì	NO

EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO SCOLASTICO

EVENTUALI INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO EXTRASCOLASTICO

Risorse umane a sostegno del processo di integrazione, in aggiunta ai docenti disciplinari assegnati alla classe

- Docente specializzato per il sostegno n. ore settimanali _____
- Educatori n. ore settimanali _____
- Altre figure n. ore settimanali _____

ORARIO SETTIMANALE DELL'ALUNNO						
	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
1^ ORA -						
2^ ORA -						
3^ ORA -						
4^ ORA -						
5^ ORA -						
6^ ORA -						
7^ ORA -						
8^ ORA -						

CARATTERISTICHE FISICHE

Utilizza di protesi sanitarie o ausili tecnici: SI NO

se sì, quali?

Effettua trattamenti farmacologici in orario scolastico: SI NO

se sì, quali?.....

somministrati dal genitore da personale specializzato

somministrati da docenti/educatori previa autorizzazione scritta rilasciata dalla pediatria di comunità: SI NO

se sì, quali?.....

FUNZIONALITÀ PSICOMOTORIA

Buona coordinazione motoria generale: SI NO

Dominanza laterale: Destra Sinistra Crociata Non acquisita

Buona motricità fine SI NO

Disgrafia SI NO

Dislessia SI NO

Buona coordinazione spazio-temporale SI NO

CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI

Gestione dell'emozione: SI NO IN PARTE

Collaborazione e partecipazione: SI NO IN PARTE

Frequenza: SI NO

Accettazione delle regole: SI NO IN PARTE

Motivazione al lavoro scolastico: alta adeguata Bassa/indifferente nulla/rifiuto

Rispetto degli impegni e delle responsabilità: SI NO IN PARTE

VALUTAZIONE FUNZIONALE

Attenzione: _____

Memoria: _____

Sfera affettivo-relazionale: _____

Grado di autonomia: _____

Organizzazione spazio-temporale: _____

Abilità logiche-matematiche: _____

Area comunicativa linguistico-espressiva: _____

Motricità globale: _____

Motricità fine: _____

PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI DIDATTICO – EDUCATIVI
--

Per l'alunno viene predisposta:

Programmazione individualizzata in tutte le aree disciplinari

Programmazione individualizzata in alcune aree disciplinari: _____

Programmazione della classe/sezione con particolari adattamenti e semplificazioni (riconducibile agli obiettivi ministeriali):

Altro: _____
