

ISTITUZIONE SCOLASTICA _____

SEDE FREQUENTATA _____

DATA COMPILAZIONE _____

DATE AGGIORNAMENTI _____, _____, _____, _____.

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ PROVINCIA _____

DATA NASCITA _____

RESIDENZA _____

Anno scolastico	Classe frequentata (prima, seconda, ecc)	Numero di ore di frequenza scolastica	Tipo di organizzazione della scuola (orario settimanale della classe)

Riferimenti alla CERTIFICAZIONE secondo l'art. 3 della legge 104/92:

Data di emissione _____ Data di rinnovo o modifica _____

Referente ASL _____

descrizione della diagnosi

CODIFICAZIONE DELLA DIAGNOSI in ordine di importanza

_____ , _____ , _____

Carattere prevalente della minorazione (una sola scelta)

- Fisica accentuata,
- Fisica lieve,
- Psicica accentuata,
- Psicica lieve,
- Visiva,
- Uditiva

L'alunn_ _____ , nat_ il _____

per decisione della famiglia si iscriverà per l'anno scolastico _____ alla scuola da lei diretta. Le inviamo le seguenti informazioni al fine di consentirle di programmare la sua accoglienza.

L'alunn_ proviene da

- Famiglia
- Istituto o scuola speciale
- Comunità
- Asilo nido _____
- Scuola materna/ dell'infanzia _____
- Scuola elementare _____
- Scuola media _____
- Scuola secondaria superiore _____

L'alunn_:

Può raggiungere la scuola autonomamente	SI'	NO
Utilizza un mezzo di trasporto ad uso scolastico senza accompagnatore	SI'	NO
Utilizza un mezzo di trasporto specifico con accompagnatore personale	SI'	NO
Utilizza un mezzo specifico senza accompagnatore personale	SI'	NO
È in grado di salire le scale senza aiuto	SI'	NO
È in grado di salire le scale con aiuto	SI'	NO
Ha bisogno di servizi igienici attrezzati in modo specifico	SI'	NO
Ha bisogno di seguire terapie farmacologiche in orario scolastico	SI'	NO
Svolgerà attività di riabilitazione in orario scolastico	SI'	NO
Partecipa alle attività dei laboratori tecnologici (che prevedono l'uso di macchinari di tipo industriale) senza aiuti	SI'	NO
Partecipa alle attività dei laboratori tecnologici (che prevedono l'uso di macchinari di tipo industriale) con aiuti	SI'	NO

Gli interventi attivati a favore dell'alunn_ sono:

Tipo di intervento		
Psicologo	Sì	No
Neuropsichiatra	Sì	No
Assistente sociale	Sì	No
Educatore	Sì	No
Riabilitazione _____	Sì	No
Altro _____	Sì	No

L'alunn_ presenta le seguenti necessità:

Trasporti

- Mezzo specifico
- Accompagnatore personale
- Altro

Edificio scolastico

- Aula a piano terreno
- Servizi igienici specifici
- Aule speciali attrezzate

Altri bisogni

- Ausili tecnici (indicare)

- Riduzione dell'orario di frequenza scolastica (specificare)

- Personale educativo assistenziale per ... (specificare le esigenze)

N° di ore settimanali necessarie _____

Altro

AREE FUNZIONALI IN CUI SI RISCONTRANO DIFFICOLTA'

- AREA COGNITIVA
- AREA AFFETTIVO RELAZIONALE
- AREA DELLA COMUNICAZIONE
- AREA LINGUISTICA
- AREA SENSORIALE
- AREA MOTORIO PRASSICA
- AREA DELL'APPRENDIMENTO
- AREA DELL'AUTONOMIA
- AREA DELL'IDENTITA'

ACCORGIMENTI particolari da tenere, secondo indicazione medica, in presenza di particolari patologie (epilessia, emofilia, gracilità ossea, ...)

RISORSE UMANE

Anno scolastico	Tipo di personale (docente specializzato, personale assistenziale, altri mediatori educativo-personale)	Ore frequenza scolastica	Ore settimanali chieste	Ore settimanali assegnate

- Altre figure mediatrici (volontario, tutor, ...) n. ore settimanali _____

1. L'alunno/a utilizza

La mensa saltuariamente	SI'	NO
La mensa tutti i giorni	SI'	NO
Il trasporto speciale	SI'	NO
Il trasporto speciale con accompagnatore	SI'	NO
L'ascensore	SI'	NO
Il bagno attrezzato	SI'	NO
La carrozzella	SI'	NO
Il banco speciale	SI'	NO
Il calcolatore	SI'	NO
Il calcolatore con ausili particolari	SI'	NO
L'ambiente di riposo	SI'	NO
Strumenti e ausili particolari	SI'	NO
Altro _____	SI'	NO

2. Orario di frequenza settimanale dell'alunno

Giorno	Entra alle	Esce alle	Attività fuori dalla scuola
Lunedì			
Martedì			
Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			
Sabato			

Note:

3. Modalità organizzative delle attività programmate all'interno della scuola

Indicare le modalità di integrazione

CL = classe intera; **G** = lavoro di gruppo interno alla classe; **L-CL**= attività di laboratorio con la classe; **L-G**= attività di laboratorio anche con alunni di altre classi; **AI** = attività individualizzata in rapporto uno a uno con l'insegnante di sostegno, fuori della classe; **A-PG**= attività per piccoli gruppi condotte dal docente di sostegno fuori dalla classe; **R**= riposo; **RIAB**= riabilitazione o cura.

Indicare inoltre se le attività programmate prevedono la presenza di **DD**= Docenti disciplinari, **DS**= Docente specializzato per il sostegno; **ASS**= personale educativo assistenziale; **MED**= altro personale mediatore (volontario, tutor, ...)

4. Attività integrate nella programmazione educativa individualizzata, anche con la partecipazione di enti esterni alla scuola,

(in allegato si trovano i documenti relativi alla programmazione di dettaglio -obiettivi, metodologie e verifiche- delle attività, descritte sinteticamente di seguito, con particolare riferimento alle modalità di collaborazione con enti esterni alla scuola)

1. attività di carattere sportivo

2. attività di carattere culturale, formativo o socializzante

3. attività di orientamento (e di formazione in ambiente di lavoro per le scuole superiori)
