**INFORMAZIONI UTILI**

**PER IL PASSAGGIO FRA I DIVERSI ORDINI DI SCUOLA**

**ALUNNO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Scuola di provenienza…………………………………….**

**Scuola di accoglienza……………………………………..**

**INFORMAZIONI GENERALI**

***DATI RELATIVI ALL’ALUNNO***

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Residenza  |  |
| Scuola  |  |
| Sezione/classe  |  |
| DIAGNOSI CLINICA *(codice diagnostico ICD10 e diagnosi per esteso)* |  |

***QUADRO FAMILIARE***

|  |  |
| --- | --- |
| Componenti del nucleo familiareCOGNOME E NOME | Grado di parentela |
|  |  |
|  |  |

La famiglia è: naturale [] adottante [] affidataria []

***AZIENDA USL***

|  |  |
| --- | --- |
| Azienda USL n°/distretto |  |
| Specialista di riferimento |  |
| Terapista  |  |

|  |
| --- |
| Altre informazioni importanti |
|  |

***DATI RELATIVI ALLA PRECEDENTE SCOLARIZZAZIONE***

**Scuola dell’Infanzia**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANNOSCOLASTICO | SCUOLA | CLASSE | TIPO DIFREQUENZA (\*)n° ORE | ORE DISOSTEGNOASSEGNATE | ORE DIASSISTENZAASSEGNATE | PERMANENZE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Scuola Primaria**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANNOSCOLASTICO | SCUOLA | CLASSE | TIPO DIFREQUENZA (\*)n° ORE | ORE DISOSTEGNOASSEGNATE | ORE DIASSISTENZAASSEGNATE | PERMANENZE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Scuola Secondaria di I grado**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANNOSCOLASTICO | SCUOLA | CLASSE | TIPO DIFREQUENZA (\*)n° ORE | ORE DISOSTEGNOASSEGNATE | ORE DIASSISTENZAASSEGNATE | PERMENENZE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**IPOTESI PER IL PROSSIMO ANNO SCOLASTICO**

 ***Frequenza scolastica prevista:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Regolare | Ridotta(specificare) | n° ore settimanali | n° rientri pomeridiani |
|  |  |  |  |

*(Per la Scuola Secondaria di II° Grado)*

***Idoneità alla frequenza delle attività tecnico-pratiche***

L’alunno è NON IDONEO / IDONEO a frequentare i laboratori dell’Istituto

***Tipologia di programmazione proposta (\*):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| curricolo semplificato | curricolo di classe | curricolo differenziato |
|  |  |  |

***Aree di intervento:***

|  |
| --- |
|  |

*(\*) Legenda Tipologia di programmazione:*

*- curricolo di classe: stessi contenuti della classe per arrivare ai minimi obiettivi di ogni area/disciplina*

*- curricolo semplificato: scelta di contenuti più semplici e/o eliminazione di parte del programma con*

*perseguimento di obiettivi più semplici*

*- curricolo differenziato: la programmazione è diversa da quella curricolare.*

***Ore di sostegno settimanali proposte n°: ………***

***Necessità assistenziali rilevate:***

|  |  |
| --- | --- |
| ASSISTENZA DI BASE*(personale ATA)* | ASSISTENZA ALLA PERSONA |
| SI’ | NO | SI’ | NO |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Tipo di intervento***  | ***n° ore settimanali*** |
| Per l’autonomia personale  |  |
| Per la comunicazione  |  |
| Per la relazione  |  |
| Altro (specificare)  |  |

***Interventi riabilitativi previsti in orario scolastico/extrascolastico:***

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo di terapia | n° ore settimanali |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Servizi scolastici****:*

*(Indicare se l'alunno necessita di mezzi attrezzati, accompagnatore…)*

|  |  |
| --- | --- |
| *MENSA* |  |
| *TRASPORTO* |  |
| *ALTRO* |  |

***Farmaci:***

*Indicare la presenza a scuola di farmaci salvavita*

SI’ NO

Se SÌ quali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ausili, tecnologie e materiali speciali:*** (*Indicare necessità di acquisti e/o adattamenti di libri di testo per ipovedenti o altri ausili necessari: specificare il tipo di supporto richiesto*)

|  |  |
| --- | --- |
| Libri in Braille  |  |
| Mouse speciale e dispositivi di puntamento  |  |
| Libri e materiali di lettura facilitati  |  |
| Tastiere speciali  |  |
| Ausili tecnici per la postura la deambulazione |  |
| Software didattici  |  |
| Ausili tecnici la comunicazione |  |
|  Software per la comunicazione  |  |
| Touch Screen |  |
| Lavagna Interattiva Multimediale |  |
| Altro (indicare)  |  |

***Edificio scolastico ed arredi***

*(Indicare necessità di interventi e/o acquisti)*

|  |
| --- |
|  |

***Progetti specifici per favorire l’integrazione scolastica:***

Indicare il tipo di progetto/laboratorio

|  |
| --- |
|  |

***Attività integrative extrascolastiche previste:***

|  |
| --- |
|  |

ALLEGATI

***Allegato 1***: Informazioni sulle abitudini dell’alunno/a in ambito familiare. Questionario (*Il questionario è stato tradotto anche in albanese, arabo e cinese per venire incontro a quelle famiglie che non padroneggiano la lingua italiana*)

***Allegato 2***: Componenti del Gruppo di Lavoro Operativo.