



Provincia di Bari

AII. 1

SCHEDA ALUNNO

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____ Comune _____

Cell. _____ Tel. _____

Scuola di provenienza/frequentata _____

Diagnosi clinica _____

Area/e Compromessa/e dall'Handicap:

Grado di Compromissione

	Nessuno	Lieve	Medio	Grave
<input type="checkbox"/> Cognitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Affettivo-Relazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linguistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Motorio-Prassica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neurologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sensoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnosi Funzionale

(Redatta in forma conclusiva)

Profilo Dinamico Funzionale

(Potenzialità d'intervento) _____

P.E.I. Aggiornato al _____
(Da allegare)

Attività Riabilitative Specificare _____

SI

NO

Attività Tempo Libero In casa
(Specificare come l'Alunno/a trascorre il proprio tempo libero)

TV

PC

Altro _____

Fuori casa Piscina

Attività ricreativa

Altro _____

Notizie sulla Famiglia
(n. componenti, presenza di uno o entrambi i genitori, ecc.) _____

Abitudini di vita dell'Alunno/a in Famiglia _____

Classe d'iscrizione

(A.S. 2014/2015)

I

II

III

IV

V

Programmazione

Differenziata

Paritaria

Tempo scuola dell'Alunno/a

Insegnante di sostegno

(Assegnato/richiesto per

l'a.s.2014/2015)

SI

Ore n.

Fruite nell'a.s. 2013/14

NO

Nell'a.s. 2013/2014 l'Alunno/a

ha già usufruito del Servizio di

Assistenza Specialistica?

SI

NO

Progetto individuale 2014/2015

Bisogni dell'Alunno/a a cui si intende rispondere con l'Assistenza Specialistica e da sviluppare nel P.E.I. aggiornato

Obiettivi specifici da conseguire

Figure professionali coinvolte

Docenti curricolari

Docente specializzato

Educatore o Assistente alla Comunicazione

Collaboratore scolastico per assistenza di base

Rappresentanti ASL

Modalità di intervento/partecipazione dell'Educatore o Assistente alla Comunicazione alla definizione delle azioni Coordinate con il Gruppo operativo di Istituto

I Componenti
del Gruppo H di Istituto

Il Dirigente Scolastico

Il Genitore dell'alunno
e/o l'esercente la potestà



Provincia di Bari
Servizio Politiche Sociali

MODELLO RIEPILOGATIVO
A.S. 2014-2015

All. n° 2

Denominazione Scuola _____

(Specificare se Sede Centrale, Succursale)

Indirizzo _____

Comune _____

Tel/Fax _____

e-mail: _____

N.	COGNOME E NOME ALUNNO	DATA DI NASCITA	CLASSE E SEZ. PROVENIENZA	CLASSE DI ISCRIZIONE a.s. 2014/2015	N. ore assistenza assegnate a.s. 2013/2014	N. ore assistenza richieste a.s. 2014/2015	Figura specialistica richiesta *	
							Educatore	LIS

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

* indicare con una x la figura richiesta.