

**SCHEDA INFORMATIVA DELLA SCUOLA PER LA CONSULTAZIONE DIAGNOSTICA  
C/O IL SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**



Ministero dell'Istruzione  
Istituto Comprensivo di Gromo  
Via De Marchi, 12 - 24020 Gromo (BG)  
Tel: 0346 41111- Sito web: [www.icgromo.edu.it](http://www.icgromo.edu.it)  
E-mail: [BGIC8100N@ISTRUZIONE.IT](mailto:BGIC8100N@ISTRUZIONE.IT) P.E.C.: [BGIC85100N@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:BGIC85100N@PEC.ISTRUZIONE.IT)

**DATI INFORMATIVI**

Nome.....

Cognome.....

Nato/a a.....il.....

Nazionalità.....

Residente a.....via.....

Telefono casa.....madre.....padre.....

Scuola.....comune.....

Classe frequentata dall'alunno/a.....

Telefono scuola.....

INSEGNANTI	MATERIA	FIRMA

**Dirigente scolastico PROF. NICOLA FIORE**

**Referente per le difficoltà scolastiche PROF.SSA PAOLA FILISETTI**

**Motivo principale della richiesta al servizio di Neuropsichiatria infantile**

Difficoltà:

- Comprensione
- Apprendimento
- Comportamentali
- Socio-relazionali
- Emotive
- Attentive
- Altro.....

**Firma del Dirigente Scolastico.....**

**Firma del Referente per le difficoltà scolastiche.....**

*N.B.* Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622 C.P.). Il presente atto va conservato all'interno del Fascicolo Personale con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano del caso.

**Pregresse esperienze scolastiche:**

Nido	Infanzia			Primaria					Secondaria I°			Secondaria II°				
	3 anni	4 anni	5 anni	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>

Ha avuto regolare percorso di studi?.....

Specificare eventuali cambi di sede scolastica dell'alunno/a:

.....  
 .....

Frequenza:

- Regolare
- Saltuaria
- Altro.....

Presenza di due o più lingue

COMPETENZA in lingua italiana	Secondo il <u>QUADRO DI RIFERIMENTO EUROPEO DELLE LINGUE</u>						
	A0	A1	A2	B1	B2	C1	C2
ASCOLTARE							
LEGGERE							
PARLARE							
SCRIVERE							

Attuale esperienza scolastica

Orario scolastico settimanale n° ore

- Tempo antimeridiano
- Tempo prolungato
- Tempo pieno
- Mensa
- Anticipo
- Posticipo

**Numero degli alunni nella classe 18**

L'alunno/a è al primo invio	Sì      NO	
L'alunno/a è già certificato Legge 104/92?	Sì      NO	
L'alunno/a è certificato Legge 170/10 (DSA)?	Sì      NO	Se sì, da quale Ente? • Pubblico    □ Privato  Specificare .....
L'alunno/a ha altre certificazioni?	Sì      NO	Se sì, da quale Ente? • Pubblico    □ Privato  Specificare .....
La scuola è a conoscenza di particolari problemi di salute o fragilità derivanti dalla patologia?	Sì      NO	Se sì, dire quali
Gli insegnanti sono a conoscenza di precedenti percorsi sanitari, pedagogici, riabilitativi dell'alunno/a in sede pubblica o privata?	Sì      NO	Se sì, dire quali
Gli insegnanti hanno avuto contatti con i servizi sopra detti?	Sì      NO	
L'alunno/a e/o la sua famiglia sono in carico ai servizi sociali ?	Sì      NO      NON SO	Se sì, dire quali

È stata valutata l'opportunità di un invio ai servizi sociali?	SÌ      NO      NON NECESSARIO	
È stata valutata l'opportunità di un invio alla tutela minori?	SÌ      NO      NON NECESSARIO	
È stata valutata l'opportunità di un invio al consultorio familiare?	SÌ      NO      NON NECESSARIO	
Vi sono o vi sono stati accordi o progettualità tra scuola e: - Famiglia - Servizi sociali/territoriali - Specialisti	SÌ      NO	Se sì, dire quali

**Descrizione dell'alunno/a - punti di forza e fragilità - abilità - comportamenti - a cura dei docenti**

**Il clima della classe** (elementi di contesto) I docenti possono descrivere alcuni aspetti caratterizzanti il clima di classe: relazioni e collaborazione tra pari, modalità comunicative e di gestione della classe-fattori stressanti

Collaborazione tra insegnanti e genitori.....

.....

Il punto di vista della famiglia.....

.....

**Interventi già effettuati dalla scuola:**

- Percorsi di osservazione condivisi dal team/consiglio di classe
- Supporto delle figure di sistema presenti in Istituto
- Supporto del servizio psicopedagogico
- Prove di rilevazione apprendimenti
- Lavoro sui punti di forza/risorse dell'alunno/a
- Strategie psico-relazionali
- Strategie organizzative e didattiche:

.....

- Altro

.....

**PROFILO DELL'ALUNNO/A**

<b>AREA EMOTIVO – COMPORTAMENTALE</b>	
Si adegua alle situazioni nuove?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE
Sa rispettare le regole di convivenza sociale?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE
Sa eseguire un'attività senza distrarsi?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE
Sa accettare ritardi nella gratificazione?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE

Sa autoregolarsi nei diversi contesti?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE
Ha una buona immagine di sé (autostima)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Evita la relazione?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE
Si chiude in sé stesso/a ?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE
Tende a fuggire?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE
Attua comportamenti ripetitivi?	QUALI?.....
Attua atteggiamenti di minaccia?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE
Subisce comportamenti molesti o minacce?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE
Mantiene un'attenzione adeguata al compito?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VOLTE

<b>AREA DELLE AUTONOMIE PERSONALI</b>	
È autonomo nella cura di sé?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Riesce a portare a termine incarichi in autonomia?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa organizzare il proprio materiale scolastico?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
È autonomo nelle consegne?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
È autonomo negli spostamenti?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
È in grado di comprendere cambiamenti di luogo e contesto?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Vi si adegua?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA

<b>AREA ABILITA' MOTORIE - PRASSICHE</b>	
Ha una buona coordinazione generale nei movimenti?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Ha una buona capacità nei compiti di motricità fine?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Riesce a copiare segni spazialmente orientati?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa sfruttare adeguatamente lo spazio del foglio?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Ha una buona capacità grafo-motoria?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Ha una buona capacità di eseguire semplici comandi che implicano relazioni spaziali (alto/basso; sopra/sotto)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA

<b>AREA LINGUISTICA</b>	
Pronuncia correttamente tutti i suoni? Se NO, quali mancano?.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Dimostra di sapere discriminare uditivamente le diversità e le somiglianze fra i suoni componenti le parole (lettera iniziale/finale; differenza fra casa/cosa)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Si esprime correttamente dal punto di vista morfosintattico (singolare/plurale, concordanza articoli, coniugazioni, verbi)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA

Comprende gli elementi essenziali di ciò che ascolta (lettura, racconto)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa memorizzare canzoncine o poesie?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa raccontare in modo chiaro e coerente un fatto tratto dalla propria esperienza personale?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Possiede un vocabolario adeguato all'età?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa memorizzare materiali di studio?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa rielaborare ed esporre?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA

<b>AREA DEGLI APPRENDIMENTI SCOLASTICI</b>	
<b>LETTURA</b>	
La lettura è sufficientemente fluida?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Commette molti errori in lettura?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Ci sono lettere che sostituisce sistematicamente? Se sì quali?.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sa comprendere i contenuti principali di un racconto che gli viene letto?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa comprendere i contenuti principali di un racconto letto da lui?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
<b>SCRITTURA</b>	
La grafia è leggibile?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Ha un carattere preferito/meglio leggibile? Se sì quale?.....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
La velocità di scrittura è appropriata?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Commette molti errori in scrittura?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Dettata	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Autonoma	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Se sì, quali .....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Ci sono lettere/suoni che sostituisce sistematicamente?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO



Se sì, quali .....	
Sa esporre il proprio pensiero per iscritto seguendo nessi logici/ sequenziali ben definiti?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa pianificare e produrre un testo?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
<b>CALCOLO</b>	
Raggruppa e ordina oggetti e materiali secondo criteri diversi	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Confronta e valuta quantità	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Conta progressivamente fino a .....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Conta regressivamente fino a .....	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Individua posizioni di persone ed oggetti nello spazio	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Opera con i numeri entro il..... <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legge i numeri</li> <li>• Scrive i numeri</li> <li>• Confronta i numeri</li> <li>• Ordina i numeri</li> <li>• Compone e scompone i numeri</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa recuperare velocemente il risultato di fatti numerici? (tabelline, calcolo mentale, dati di un problema...)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa applicare le procedure di calcolo scritto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Addizione</li> <li>• Sottrazione</li> <li>• Moltiplicazione</li> <li>• Divisione</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA

Sa risolvere problemi matematici?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
<b>LOGICA</b>	
Sa comprendere più di un'istruzione per volta?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa ordinare esperienze, immagini e fatti in modo logico/cronologico	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa usare gli indicatori temporali di base? (ieri, oggi, domani, giorni, mesi...)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa riconoscere relazioni di causa-effetto?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa ricavare informazioni?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa recuperare informazioni?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa formulare ipotesi?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA
Sa pianificare e organizzare le proprie attività?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA

NOTE AGGIUNTIVE: .....

.....

<b>RIFERIMENTI DI CONTATTO</b>		
ISTITUTO	IC Gromo	034641111
DIRIGENTE	Prof. Nicola Fiore	034641111
REFERENTE AREA	Prof.ssa Paola Filisetti	3479769970
<b>RIFERIMENTI DI CONTATTO DEI DOCENTI INTERESSATI</b>		
COORDINATRICE DI CLASSE		

**AL SEGUENTE DOCUMENTO ALLEGARE ULTIMA SCHEDA DI VALUTAZIONE SCOLASTICA DELL'ALUNNO/A, SCHEDE OSSERVATIVE UTILIZZATE ED EVENTUALI CERTIFICAZIONI PRECEDENTI.**