

**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
E-mail: BGIC8100N@ISTRUZIONE.IT P.E.C.: 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.

Progressive esperienze scolastiche:

Nido	Infanzia			Primaria					Secondaria I°			Secondaria II°				
	3 anni	4 anni	5 anni	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a

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

AREA EMOTIVO – COMPORTAMENTALE	
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

AREA DELLE AUTONOMIE PERSONALI	
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

AREA ABILITA' MOTORIE - PRASSICHE	
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

AREA LINGUISTICA	
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

AREA DEGLI APPRENDIMENTI SCOLASTICI	
LETTURA	
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
SCRITTURA	
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
CALCOLO	
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"> • Legge i numeri • Scrive i numeri • Confronta i numeri • Ordina i numeri • Compone e scompone i numeri 	<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"> • Addizione • Sottrazione • Moltiplicazione • Divisione 	<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
LOGICA	
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:

.....

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

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