

**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 familiare COGNOME 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

ANNO SCOLASTICO	SCUOLA	CLASSE	TIPO DI FREQUENZA(*) n° ORE	ORE DI SOSTEGNO ASSEGNATE	ORE DI ASSISTENZA ASSEGNATE	PERMANENZE

Scuola Primaria

ANNO SCOLASTICO	SCUOLA	CLASSE	TIPO DI FREQUENZA(*)) n° ORE	ORE DI SOSTEGNO ASSEGNATE	ORE DI ASSISTENZA ASSEGNATE	PERMANENZE

Scuola Secondaria di I grado

ANNO SCOLASTICO	SCUOLA	CLASSE	TIPO DI FREQUENZA(*)) n° ORE	ORE DI SOSTEGNO ASSEGNATE	ORE DI ASSISTENZA ASSEGNATE	PERMENENZE

Scuola Secondaria di II grado

ANNO SCOLASTICO	SCUOLA	CLASSE	TIPO DI FREQUENZA(*)) n° ORE	ORE DI SOSTEGNO ASSEGNATE	ORE DI ASSISTENZA ASSEGNATE	PERMANENZE

(*) regolare/ridotta per (specificare)

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

Are 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

oSI' o NO

Se SI' 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 sulla 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 Handicap Operativo. Recapiti