|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **I.C. 4 De Lauzieres****Ambito 0021**Via Salute, 45 - 80055 Portici (Napoli)C.F. 80020500635 – C.M. NAIC8CC008 Tel. 081-**2133240** |  |

**PDF**

**Dati relativi alla persona**

**Cognome e nome**

**Luogo e data di nascita**

**Residente a**

**Diagnosi medica:**

1. **Dati scolastici**

**Sezione/Classe del plesso**

**Numero alunni presenti nella sezione/classe**

**di cui con disabilità**

**Frequenta con orario**

* **normale**
* **ridotto (specificare la motivazione)**
1. **Note informative**

**Assunzione di farmaci**

* **sì**
* **no**

**assunzione di farmaci in ambito scolastico**

* **sì**
* **no**

**A cura dell’équipe medico – specialistica**

Eventuali altre problematiche di cui tener conto (*crisi epilettiche, problemi particolari riferiti dai genitori o dal medico*)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Eventuali strategie scolastiche per l’emergenza e/o la somministrazione di farmaci salvavita:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Risorse effettivamente disponibili**
2. Supporto educativo a scuola
* **sì**
* **no**
1. Necessità di ausili
* **sì**
* **no**
1. Tipologia di ausili

|  |  |
| --- | --- |
| **Ausili tecnici per la postura** |  |
| **Ausili tecnici per la deambulazione** |  |
| **Ausili per la comunicazione** |  |
| **Ausili informatici** |  |

1. Interventi riabilitativi

|  |  |
| --- | --- |
| **Riabilitazione logopedica** |  |
| **Riabilitazione neuropsicomotoria** |  |
| **Riabilitazione FKT** |  |
| **Riabilitazione cognitiva** |  |
| **Intervento psicologico** |  |
| **Attività di sostegno a scuola** *(specificare le ore di sostegno assegnate ed eventuali altre ore di cui usufruisce con altri docenti di sostegno. Es. lavora in gruppo con altri alunni diversamente abili)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSE SENSORIALE** | **Modalità di funzionamento** | **Obiettivi** |
| **Funzionalità uditiva** |  |  |
| **Funzionalità visiva** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSE MOTORIO-PRASSICO** | **Modalità di funzionamento** | **Obiettivi** |
| **Motricità globale** |  |  |
| **Motricità fine** |  |  |
| **Prassie semplici e complesse** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSE AFFETTIVO-RELAZIONALE** | **Modalità di funzionamento** | **Obiettivi** |
| **Area del sé** |  |  |
| **Rapporto con gli altri** |  |  |
| **Motivazione al rapporto** |  |  |
| **ASSE COMUNICAZIONALE** | **Modalità di funzionamento** | **Obiettivi** |
| **Mezzi privilegiati** |  |  |
| **Contenuti prevalenti** |  |  |
| **Modalità di interazione** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSE LINGUISTICO** | **Modalità di funzionamento** | **Obiettivi** |
| **Comprensione** |  |  |
| **Produzione** |  |  |
| **Linguaggi alternativi e/o integrativi** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSE COGNITIVO** | **Modalità di funzionamento** | **Obiettivi** |
| **Livello di sviluppo cognitivo** |  |  |
| **Strategie** |  |  |
| **Uso integrato di competenze** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSE NEUROPSICOLOGICO** | **Modalità di funzionamento** | **Obiettivi** |
| **Capacità mnesiche** |  |  |
| **Capacità attentive** |  |  |
| **Organizzazione** **spazio-temporale** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSE DELL’AUTONOMIA** | **Modalità di funzionamento** | **Obiettivi** |
| **Autonomia personale** |  |  |
| **Autonomia sociale** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSE DELL’APPRENDIMENTO** | **Modalità di funzionamento** | **Obiettivi** |
| **Gioco e grafismo** **(età prescolare)** |  |  |
| **Lettura e scrittura** |  |  |
| **Uso spontaneo delle competenze** |  |  |
| **Apprendimenti curricolari** |  |  |

**SINTESI CONCLUSIVA**

|  |
| --- |
|  |

## PATTO DI CORRESPONSABILITA’ CON LA FAMIGLIA E CON L’ALUNNO

Si concorda con la famiglia la seguente collaborazione:

🞏 Controllo costante del diario

🞏 Aiuto da parte di un familiare/tutor

🞏 Verifica dello svolgimento dei compiti assegnati

* Dispensa da alcuni compiti assegnati
* Riduzione de compiti assegnati
* Utilizzo domestico degli strumenti compensativi
* Collaborazione con il team docente, segnalando eventuali disagi
* Sostegno alla motivazione e all’impegno nello studio
* Incoraggiamento all’acquisizione di un sempre maggior grado di autonomia nella gestione dei tempi di studio e dell’impegno scolastico
* Valorizzazione non soltanto dell’aspetto valutativo, ma soprattutto di quello formativo delle discipline

## FIRME DI SOTTOSCRIZIONE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Qualifica** | **Ente** | **Firma** |
|  | Dirigente Scolastico |  |  |
|  | Docente |  |  |
|  | Docente |  |  |
|  | Docente Sostegno |  |  |
|  | Referente del caso | Asl |  |
|  | Genitore |  |  |
|  | Genitore |  |  |

**Portici,**