**SCHEDA INFORMATIVA DELLA SCUOLA PER LA CONSULTAZIONE DIAGNOSTICA**

**C/O IL SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

**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……………………………………………………………………….…………………………………………….**

**Referente per le difficoltà scolastiche…………………………………………………………..……………………………..**

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

Difficoltà:

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

**Data…………………….……………….luogo…………………………………………………………………….………………………**

**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 vaconservato 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 | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 1ª | 2ª | 3ª | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 QUADRO DI RIFERIMENTO EUROPEO DELLE LINGUE** |
|  | **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…………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 famigliare? | 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? | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |
| Sa rispettare le regole di convivenza sociale? | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |
| Sa eseguire un'attività senza distrarsi? | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |
| Sa accettare ritardi nella gratificazione? | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |
| Sa autoregolarsi nei diversi contesti?  | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |
| Ha una buona immagine di sé (autostima)? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Evita la relazione? | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |
| Si chiude in sé stesso/a ? | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |
| Tende a fuggire? | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |
| Attua comportamenti ripetitivi? | QUALI?.............................. |
| Attua atteggiamenti di minaccia? | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |
| Subisce comportamenti molesti o minacce? | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |
| Mantiene un’attenzione adeguata al compito? | □ SÌ □ NO □ A VOLTE |

|  |
| --- |
| **AREA DELLE AUTONOMIE PERSONALI**  |
| È autonomo nella cura di sé? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Riesce a portare a termine incarichi in autonomia? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa organizzare il proprio materiale scolastico? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| È autonomo nelle consegne? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| È autonomo negli spostamenti? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| È in grado di comprendere cambiamenti di luogo e contesto? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Vi si adegua? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |

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

|  |
| --- |
| **AREA LINGUISTICA** |
| Pronuncia correttamente tutti i suoni?Se NO, quali mancano?..................................................................... | □ SÌ □ NO  |
| Dimostra di sapere discriminare uditivamente le diversità e le somiglianze fra i suoni componenti le parole (lettera iniziale/finale; differenza fra casa/cosa)? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Si esprime correttamente dal punto di vista morfosintattico(singolare/plurale, concordanza articoli, coniugazioni, verbi)  | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Comprende gli elementi essenziali di ciò che ascolta (lettura, racconto)? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa memorizzare canzoncine o poesie? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa raccontare in modo chiaro e coerente un fatto tratto dalla propria esperienza personale? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Possiede un vocabolario adeguato all'età?  | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa memorizzare materiali di studio?  | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa rielaborare ed esporre? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |

|  |
| --- |
| **AREA DEGLI APPRENDIMENTI SCOLASTICI** |
| **LETTURA** |
| La lettura è sufficientemente fluida? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Commette molti errori in lettura? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Ci sono lettere che sostituisce sistematicamente? Se si quali?......................................................................................... | □ SÌ □ NO  |
| Sa comprendere i contenuti principali di un racconto che gli viene letto? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa comprendere i contenuti principali di un racconto letto da lui? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| **SCRITTURA** |
| La grafia è leggibile? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Ha un carattere preferito/meglio leggibile?Se si quale?......................................................................................... | □ SÌ □ NO  |
| La velocità di scrittura è appropriata? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Commette molti errori in scrittura? DettataAutonomaSe sì, quali ……………………………………………………………………………………… | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA□ SÌ □ NO□ SÌ □ NO  |
| Ci sono lettere/suoni che sostituisce sistematicamente?Se sì, quali ……………………………………………………………………………………… | □ SÌ □ NO  |
| Sa esporre il proprio pensiero per iscritto seguendo nessi logici/ sequenziali ben definiti? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa pianificare e produrre un testo? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| **CALCOLO** |
| Raggruppa e ordina oggetti e materiali secondo criteri diversi | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Confronta e valuta quantità | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Conta progressivamente fino a ……………………………………………….…….. | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Conta regressivamente fino a ………………………………………………………... | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Individua posizioni di persone ed oggetti nello spazio | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Opera con i numeri entro il……………………………………………………………..* Legge i numeri
* Scrive i numeri
* Confronta i numeri
* Ordina i numeri
* Compone e scompone i numeri
 | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA□ SÌ □ NO □ ABBASTANZA□ SÌ □ NO □ ABBASTANZA□ SÌ □ NO □ ABBASTANZA□ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa recuperare velocemente il risultato di fatti numerici? (tabelline, calcolo mentale, dati di un problema…) | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa applicare le procedure di calcolo scritto:* Addizione
* Sottrazione
* Moltiplicazione
* Divisione
 | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA□ SÌ □ NO □ ABBASTANZA□ SÌ □ NO □ ABBASTANZA□ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa risolvere problemi matematici? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| **LOGICA** |  |
| Sa comprendere più di un’istruzione per volta? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa ordinare esperienze, immagini e fatti in modo logico/cronologico | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa usare gli indicatori temporali di base? (ieri, oggi, domani, giorni, mesi…) | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa riconoscere relazioni di causa-effetto? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa ricavare informazioni? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa recuperare informazioni? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa formulare ipotesi? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |
| Sa pianificare e organizzare le proprie attività? | □ SÌ □ NO □ ABBASTANZA |

NOTE AGGIUNTIVE:......................................................................................................................................

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

|  |
| --- |
| **RIFERIMENTI DI CONTATTO**  |
| ISTITUTO |  |  |
| DIRIGENTE |  |  |
| REFERENTE AREA |  |  |
| **RIFERIMENTI DI CONTATTO DEI DOCENTI INTERESSATI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

DA VALUTARE COME INDICARE L’AVVENUTA CONDIVISIONE E CONSEGNA ALLA FAMIGLIA