ISTITUTO COMPRENSIVO SORELLE DE MARCHI
Via De Marchi n.12, 24020 Gromo (BG)
Tel. 034641111 Mail: bgic85100n@ISTRUZIONE.it - PEC: bgic85100n@PEC.istruzione.it
Codice Fiscale: 90017430167 - C.M.: BGIC85100N - C.U.U.: UF58HG

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 Reggente: PROF.SSA ANNAMARIA ROLLO

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	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 climadi 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? Dettata Autonoma Se sì, quali	□ SÌ □ NO □ ABBASTANZA □ SÌ □ NO □ SÌ □ NO
Ci sono lettere/suoni che sostituisce sistematicamente?	□ SÌ □ NO

Se sì, quali ……	
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 □ 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	IC Gromo	034641111
DIRIGENTE	Prof.ssa Annamaria Rollo	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, EVENTUALI SCHEDE OSSERVATIVE UTILIZZATE, CERTIFICAZIONI PRECEDENTI.