

AI GENITORI DELL'ALUNNO.....
PLESSOCLASSE/SEZIONE.....

All'UONPIA di San Donato Milanese
Via Sergnano 2, tel. **0298118002**
npi.sandonato@asst-melegnano-martesana

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER L'INVIO DEGLI ALUNNI PRESSO
IL SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE ¹**

ISTRUZIONI

1. La relazione va compilata dal consiglio di classe/team docenti e inviata al DS per la firma.
2. Dopo la firma del DS, convocare i genitori e presentare/consegnare la relazione
3. I genitori sottoscrivono il consenso informato e si occupano di consegnare la relazione al servizio di Neuropsichiatria Infantile.

DATI DELLA SCUOLA DI PROVENIENZA: Istituto Comprensivo E. CURIEL Via Fleming, 11 Paullo,
tel. 0290634805 email: miic8a200n@istruzione.it

DATI DEL MINORE

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____ Tel _____

Comune di residenza _____

ISCRITTO NELL'A.S. 20___/20___ ALLA CLASSE _____ PLESSO _____

Nella classe è presente Insegnante di Sostegno? SI - NO *(cancellare le voci non necessarie)*

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

Madre _____

Padre _____

Fratelli o altri conviventi _____

In Italia dal _____ A contatto con lingua italiana dal _____

Paese di avvio della scolarizzazione _____

Scuole frequentate in Italia _____

¹ I dati personali riportati nella presente scheda, saranno trattati ai sensi della legislazione vigente, per le finalità strettamente connesse alle procedure di segnalazione delle difficoltà di apprendimento.

Lingua parlata in famiglia e con il bambino _____

	PADRE	MADRE	BAMBINO
PAESE DI ORIGINE			
MADRELINGUA			

Altre eventuali figure di riferimento del bambino o della famiglia che hanno relazioni con la scuola (educatori, volontari, ...) _____

DATI DEGLI INSEGNANTI

Insegnante referente² _____

Disciplina/ambito dell'insegnante referente _____

DA QUANTO TEMPO L'ALUNNO È INSERITO NELLA CLASSE? _____

L'ALUNNO È RIPETENTE? SI - NO (cancellare le voci non necessarie)

SE SI QUALI CLASSI HA RIPETUTO? _____

QUANTO TEMPO L'ALUNNO RIMANE A SCUOLA? (Specificare se frequenta il pre o post scuola, il tempo normale, il tempo pieno o prolungato, le attività integrative) _____

PER L'ALUNNO È GIÀ STATA RICHIESTA ALTRA CONSULENZA? SI - NO (cancellare le voci non necessarie)

SE SÌ, A CHI? _____

CON QUALI MOTIVAZIONI? _____

RISORSE E/O INTERVENTI GIÀ ATTIVATI IN AMBITO SCOLASTICO A FAVORE DEL BAMBINO NEL TENTATIVO DI RISOLVERE IL PROBLEMA _____

RISORSE E/O INTERVENTI GIÀ ATTIVATI IN AMBITO EXTRASCOLASTICO A FAVORE DEL BAMBINO NEL TENTATIVO DI RISOLVERE IL PROBLEMA DI CUI SI È A CONOSCENZA _____

MOTIVO DELL'INVIO (=Motivi principali per i quali viene richiesta la consulenza)

QUALI SONO I PUNTI DI FORZA DEL BAMBINO/A? _____

RAPPORTI SCUOLA-FAMIGLIA

Esistono rapporti regolari tra i familiari e gli insegnanti? SI - NO (cancellare le voci non necessarie)

Di che tipo? _____

Con quale frequenza? _____

PROFILO PSICO-PEDAGOGICO

² Può essere indicato un docente referente per il caso

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

Rapporto con i compagni _____

Rapporto con gli adulti _____

Aspetti significativi del comportamento (passività, aggressività, accettazione di limiti e regole ...)

AREA LINGUISTICA E DELLA COMUNICAZIONE

Comprensione del linguaggio verbale _____

Produzione verbale _____

Utilizzo di modalità comunicative non verbali (gesti, mimica, linguaggio del corpo ...) _____

Si è a conoscenza di ritardo o difficoltà dello sviluppo del linguaggio nella lingua madre? SI - NO)

Il bambino confonde le due lingue quando parla? _____

AREA COGNITIVA E DELL'APPRENDIMENTO

Gioco e grafismo _____

Lettura e scrittura _____

Tipologia di errori rilevati. Specificare se:

☐ scambia/omette/aggiunge lettere e quali _____

☐ ha difficoltà a separare le parole _____

☐ ha difficoltà nell'uso dei diversi caratteri _____

☐ ha difficoltà nell'uso della punteggiatura _____

☐ ha difficoltà di orientamento spaziale nel foglio _____

Capacità logico-matematiche _____

Capacità di attenzione, concentrazione e memoria _____

Apprendimenti curriculari (livello) _____

AREA MOTORIO-PRASSICA (COORDINAZIONE, ORIENTAMENTO, EQUILIBRIO)

Motricità globale _____

Motricità fine _____

Data _____

Cognome e Nome Docenti	Firma

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa. Signani Cristina

I sottoscritti _____

(Cognome e nome di entrambe i genitori o di chi ha ruolo di tutore)

in qualità di _____
(specificare la relazione con l'alunno/a)

DICHIARANO

- di aver preso visione della presente scheda compilata dagli insegnanti;
- di esprimere il proprio consenso per la trasmissione dei dati in essa contenuti.

A tale proposito, i sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lvo 196/2003 "codice in materia di protezione dei dati personali" e GDPR 2016/679 (cfr. Normativa integralmente riportata sul sito dell'Istituto).

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____

****NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI, PER RAGIONI STRAORDINARIE, CHE VANNO DOCUMENTATE CON ALLEGATO IN BUSTA CHIUSA, ATTESTANTE LA CAUSA DELL' IMPOSSIBILITÀ DI UNO DEI GENITORI A FIRMARE, OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE:**
ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate nella presente delega.

DATA _____ Firma del genitore _____

Data _____

Firma _____



RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA AL SERVIZIO UONPIA

Il servizio di Neuropsichiatria Infantile, con sede in via _____ a _____, dichiara che, in data _____, ha ricevuto dalla famiglia del minore interessato, la scheda di segnalazione per l'invio degli alunni con difficoltà di apprendimento compilata dalla scuola _____ e rispondente al numero di protocollo _____ del _____

TIMBRO E FIRMA DEL SERVIZIO