

SCHEMA INFORMATIVA DELLA SCUOLA PER LA CONSULTAZIONE DIAGNOSTICA
C/O IL SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

INTESTAZIONE ISTITUTO

DATI DELL'ISTITUTO

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 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	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a

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 <u>QUADRO DI RIFERIMENTO EUROPEO DELLE LINGUE</u>						
	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	

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 sì 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 sì 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? 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.**