**SCHEDA ANAGRAFICA E INFORMAZIONI SULL'ALUNNO/A**

Cognome  nome 

nato/a a  il  residente in 

indirizzo  tel. 

e-mail 

altro 

**ALTRE INFORMAZIONI SULL'ALUNNO/A**

|  |  |
| --- | --- |
| **DIAGNOSI FUNZIONALE IN SINTESI** | Data ultima certificazione DF |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DI DISABILITÀ IN SINTESI** | PSICOFISICO (EH)  |  | UDITO (DH)  |  | VISIVO (CH)  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DISTURBI SENSORIALI | NESSUNO | LIEVE | MODESTO | GRAVE | MOLTO GRAVE | VEDI ALLEGATO |
| **Disturbo sensoriale della vista** |  |  |  |  |  |  |
| **Disturbo sensoriale dell'udito** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DISTURBI DELLA PERSONALITÀ | NESSUNO | LIEVE | MODESTO | GRAVE | MOLTO GRAVE | VEDI ALLEGATO |
| **Disturbo della personalità paranoide** |  |  |  |  |  |  |
| **Disordine di personalità schizoide** |  |  |  |  |  |  |
| **Disturbo della personalità dissociale** |  |  |  |  |  |  |
| **Disturbo di personalità emotivamente instabile** |  |  |  |  |  |  |
| **Disturbo di personalità isterico** |  |  |  |  |  |  |
| **Disturbo della personalità anancastrica**  |  |  |  |  |  |  |
| **Disturbo ansioso di personalità** |  |  |  |  |  |  |
| **Persona dipendente dal tipo di disturbo** |  |  |  |  |  |  |
| **Altri disturbi specifici della personalità** |  |  |  |  |  |  |
| **Disturbo della personalità non specificato** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DISTURBI PSICO-MOTORI INFANTILI | NESSUNO | LIEVE | MODESTO | GRAVE | MOLTO GRAVE | VEDI ALLEGATO |
| **Inibizione psicomotoria** |  |  |  |  |  |  |
| **Instabilità psicomotoria** |  |  |  |  |  |  |
| **Disturbo di lateralizzazione e di orientamento** |  |  |  |  |  |  |
| **Disprassia dello sviluppo** |  |  |  |  |  |  |
| **Ritardo motorio o immaturità psicomotoria** |  |  |  |  |  |  |
| D.S.A. (L. 170 del 8.10.2010 operativa con DM n. 5669 del 12.07.2011) | NESSUNO | LIEVE | MODESTO | GRAVE | MOLTO GRAVE | VEDI ALLEGATO |
| **Dislessia**(Disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà nell’imparare a leggere, in particolare nella correttezza e nella rapidità della lettura) |  |  |  |  |  |  |
| **Disgrafia**(disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nella realizzazione grafica) |  |  |  |  |  |  |
| **Disortografia**(disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nei processi linguistici di transcodifica) |  |  |  |  |  |  |
| **Discalculia**(disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà negli automatismi del calcolo e dell’elaborazione dei numeri) |  |  |  |  |  |  |
| **Disprassia verbale** Disturbo specifico del linguaggio. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Altri disturbi |  | Sì |  |  | No |  |  |  | Se **SÌ** indicare quali e descriverli in breve |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

**TERPIE IN CORSO DELL’ALUNNO/A**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L’alunno/a è in terapia?** |  | **SI** |  |  | **NO** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DI INTERVENTO** | **CADENZA** | **TOT. ORE** | **LUOGO E ENTE** |
| **Logopedia** |  |  |  |
| **Psicomotricità** |  |  |  |
| **Fisioterapia** |  |  |  |
| **Terapia Psicologica** |  |  |  |
| **Terapia Psichiatrica** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gli interventi si svolgono in orario scolastico?** |  | **SI** |  |  | **NO** |  |  | **IN PARTE** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività riabilitative svolte a scuola** |  | **n. ore** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività riabilitative svolte fuori dalla scuola** |  | **n. ore** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L’alunno/a assume farmaci?** |  | **SI** |  |  | **NO** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assume farmaci in orario scolastico** |  | **SI** |  |  | **NO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A scuola i farmaci vengono somministrati dal personale docente/ATA formato** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L’alunno è seguito da uno specialista presente a scuola** |  | **SI** |  |  | **NO** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| con frequenza |  | **giornaliera** |  |  | **settimanale** |  |  | **mensile** |  |  | **saltuaria** |  |

 |

OPERATORI CHE SEGUONO L’ALUNNO/A OLTRE GLI INSEGNANTI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ENTE | COGNOME E NOME  | CADENZA INCONTRI – TEL. RIF. - NOTE |
|  |  |  |
|  |  |  |