

**OGGETTO: RICHIESTA DEL SERVIZIO EDUCATIVO SCOLASTICO ALUNNI
DIVERSAMENTE ABILI**

ISTITUZIONE SCOLASTICA
SEDE FREQUENTATA
COGNOME
NOME
LUOGO DI NASCITA
PROVINCIA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA.....
VIA.....N.....
TEL.....

Anno scolastico	Classe frequentata (prima,seconda,ecc)	Numero di ore di frequenza scolastica	Tipo di organizzazione della scuola (orario settimanale della classe)

Riferimenti alla CERTIFICAZIONE secondo l'art. 3 della legge 104/92 , come modificata dal
DPCM 185/06.

Data di emissione

Data di rinnovo o modifica.....

Referente ASL

.....

Referente Servizi Sociali

.....

Descrizione della diagnosi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CODIFICAZIONE DELLA DIAGNOSI

In ordine di importanza.....,

.....,

Carattere prevalente della minorazione (una sola scelta)

- Fisica accentuata
- Fisica lieve
- Psicica accentuata
- Psicica lieve
- Visiva
- Uditiva

L'alunn_____ /

Per decisione della famiglia si iscriverà per l'anno scolastico alla scuola di cui sopra.

Inviemo le seguenti informazioni per quanto di competenza

L'alunn.....proviene da

- Famiglia
- Istituto o scuola speciale

- Comunità
- Nido d'infanzia
- Scuola dell'infanzia
.....
- Scuola Primaria
.....
- Scuola Secondaria di 1° grado
.....

L'alunn:

E' in grado di salire le scale senza aiuto	SI	NO
E' in grado di salire le scale con aiuto	SI	NO
Ha bisogno di servizi igienici attrezzati in modo specifico	SI	NO
Ha bisogno di seguire terapie farmacologiche in orario scolastico	SI	NO
Svolgerà attività di riabilitazione in orario scolastico	SI	NO

Gli interventi già attivati a favore dell'alunn..... sono:

Tipo di intervento		
Psicologo	S I	N O
Neuropsichiatra	S I	N O
Assistente sociale	S I	N O
Riabilitazione	S I	N O
Altro (specificare)		

L'alunn.....presenta le seguenti necessità:

Edificio scolastico

- aula a piano terra
- servizi igienici specifici
- aule speciali attrezzate
-

Altri bisogni

- Ausili tecnici (indicare)

.....
.....
.....

- Riduzione dell'orario di frequenza scolastica (specificare)

.....
.....
.....

- Personale educativo assistenziale per (specificare le esigenze)

.....
.....
.....
.....

N° di unità didattiche settimanali richieste

.....
(l'articolazione oraria sarà specificata successivamente)

Altro

.....
.....
.....

AREE FUNZIONALI IN CUI SI RISCOVTRANO DIFFICOLTA' (specificare)

- AREA COGNITIVA.....
- AREA AFFETTIVO RELAZIONALE.....
- AREA DELLA COMUNICAZIONE.....
- AREA LINGUISTICA.....
- AREA SENSORIALE.....
- AREA MOTORIO PRASSICA.....
- AREA DELL'APPRENDIMENTO.....
- AREA DELL'AUTONOMIA.....
- AREA DELL'IDENTITA'.....

ACCORDIMENTI particolari da tenere, secondo indicazione medica, in presenza di particolari patologie (epilessia, emofilia, gracilità ossea, ...)

.....
.....

.....
.....

AREA DELL'AUTONOMIA

AUTONOMIA DELLA PERSONA: alimentazione, pulizia personale, controllo sfinteri, abbigliamento, strumenti e ausili. AUTONOMIA SOCIALE: spostamenti finalizzati all'interno e all'esterno di ambienti noti, capacità d'uso funzionale di strumenti di autonomia sociale (telefono, denaro, mezzi di trasporto pubblico), autonomia familiare e scolastica, nei rapporti con le altre persone, nel gruppo con i compagni e con gli adulti, nello spazio e nel tempo.

Descrivere l'allievo/a in riferimento alle singole specificazioni dell'area, secondo quanto emerge dalle osservazioni dei docenti, degli operatori della ASL e della famiglia.

.....
.....
.....
.....
.....

Descrivere in sintesi la situazione scolastica e comportamentale del minore.....

.....
.....
.....
.....

Descrivere l'obiettivo potenziale attraverso l'assistenza specialistica richiesta.

.....
.....
.....
.....
.....

L'alunno/a utilizza

La mensa saltuariamente	SI	NO
La mensa tutti i giorni	SI	NO
Il bagno attrezzato	SI	NO
La carrozzella	SI	NO
Il banco speciale	SI	NO
Il computer	SI	NO
Il computer con ausili particolari	SI	NO
Strumenti e ausili particolari	SI	NO
Altro	SI	NO

Orario di frequenza settimanale dell'alunno

Giorno	Entra alle	Esce alle	Attività fuori dalla scuola
Lunedì			
Martedì			
Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			
Sabato			

Note:

.....

.....

.....

	Nome e Cognome (in stampatello)	Firma	Data
Il genitore			
Il genitore			
Il Dirigente Scolastico			
L'insegnante di classe			
L'insegnante di classe			
L'insegnante di classe			
L'insegnante di sostegno			
Il referente del sostegno scolastico			

Eventuali documenti allegati:

.....

.....

Riservato al Comune

ANNO SCOLASTICO.....

ALASSIO Lì_____

Ore settimanali concesse.....

Dirigente II° Settore.....

Responsabile Servizio Politiche sociali.....

Assistente Sociale.....

Variazioni:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....