

Gruppo Interistituzionale Disturbi di Comportamento



Usrv - Ufficio VIII - Ambito
Territoriale Di Vicenza



Servizio DISTURBI COMPORTAMENTO

Liceo Corradini di Thiene
Centri Territoriali per l'Inclusione
Centro Territoriale di Supporto



Federazione Italiana Scuole Materne



ULSS 6 VICENZA



Intestazione dell'istituzione scolastica
(nome, comune, indirizzo, telefono, mail)

SCHEDA INFORMATIVA sulle DIFFICOLTÀ dell'alunno

per il PEDIATRA di LIBERA SCELTA
o per il MEDICO di MEDICINA GENERALE

GRUPPO INTERISTITUZIONALE DISTURBI DI COMPORTAMENTO

Vicenza 20 maggio 2016

USRV - Ufficio VIII Ambito Territoriale di Vicenza
AREA N. 5 Gestione attività progettuali - Inclusione alunni con disabilità, DSA, altri BES
usp.vi@istruzione.it - Tel. Centralino 0444251111

INDICAZIONI

Le Scuole collaborano con i Servizi e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) o il Medico di Medicina Generale (MMG) per perseguire il successo formativo di tutti gli alunni alla luce della normativa dei Bisogni Educativi Speciali.

Dopo aver effettuato osservazioni specifiche e interventi educativi e didattici mirati da parte degli insegnanti e condivisi con la famiglia, si ritengono necessari ulteriori approfondimenti attraverso la seguente procedura:

1. il Dirigente Scolastico o suo Delegato presenta ai genitori la "Scheda informativa sulle difficoltà dell'alunno" per il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o per il Medico di Medicina Generale (MMG) compilata dagli insegnanti dell'alunno e invita i genitori a presentarla al PLS o MMG evidenziandone l'importanza;
2. il Dirigente Scolastico fa firmare la scheda di ricezione da parte dei genitori;
3. i genitori si rivolgono al PLS o MMG consegnando la "Scheda informativa di difficoltà dell'alunno".

Data di compilazione _____

Denominazione Istituto: _____

Scuola: _____

Plesso: _____ tel. _____

Ai genitori dell'alunno/a o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ Comune di nascita: _____ Prov. (___)

residente a _____

in Via _____ telefono _____

Livello scolastico e sezione/classe frequentata

- Infanzia** piccoli medi grandi
- Primaria** 1 2 3 4 5
Sezione (____)
- Sec.1°grado** 1 2 3
Sezione (____)
- Sec.2°grado** 1 2 3 4 5
Sezione (____)

n. alunni in classe _____ insegnante di riferimento _____

Tempo di frequenza: normale pieno prolungato altro _____

Eventuali non ammissioni alla classe successiva: SI NO

(specificare) _____

Provenienza

Altro istituto SI NO Quale _____

Altra nazione SI NO Quale _____

Altro _____

DATI EMERSI DALLE OSSERVAZIONI DELLA SCUOLA

(da compilarsi a cura degli insegnanti)

N.B. Si precisa come il presente documento non costituisce in alcun modo un atto diagnostico, ma rappresenta la descrizione del profilo di funzionamento dell'allievo in ambito scolastico, ad uso del PLS o MMG, ai fini dell'avvio di un eventuale approfondimento clinico.

Indicare in quale area l'alunno/a presenta difficoltà a scuola.

OSSERVAZIONI (specificare il tipo di difficoltà prevalente)	
Comunicazione	Modalità (con il corpo/gesti, con la voce, con immagini, ecc.)
	Contenuti prevalenti (del proprio vissuto, pertinenti, ripetitivi, irreali, ecc.)
	Funzionalità (coerenza tra i contenuti e la modalità usata per comunicarli)
Relazione	Area del sé (autostima, consapevolezza delle proprie risorse e dei propri limiti)
	Rapporto con gli adulti
	Rapporto con i pari

Autonomie	Personale (bisogni primari, deambulazione, igiene personale, ecc.)	
	Sociale (spostamenti, capacità di chiedere aiuto, osservanza delle regole, ecc.)	
	Scolastica (utilizzo di ambienti, materiali, strumenti e esecuzione di consegne orali e scritte, ecc.)	
Autoregolazione	In situazioni di stress o frustrazione, insuccesso, fallimento, ecc.	
	In situazione di conflittualità con i compagni	
	In situazione di rimprovero/richiamo da parte dell'adulto	
Apprendimenti	Area linguistica (scrittura, lettura e comprensione dei diversi codici)	L 1
		L 2
	Area logico-matematica (scrittura, lettura e comprensione dei diversi codici, recupero fatti numerici e problem solving matematico)	
	Area espressivo-motoria (schemi motori di base, coordinazione fine-motoria, capacità comunicative ed espressivi attraverso diversi codici, ecc.)	
	Altro (attenzione, memoria, motivazione, partecipazione, ecc.)	

Punti di forza dell'alunno

(Comportamenti, situazioni, contesti in cui l'alunno riesce ad esprimere le migliori capacità)

Strumenti di osservazione e strategie adottate dalla Scuola per affrontare il problema e risorse già attivate

Eventuali strutture o servizi che seguono l'alunno nell'extrascuola

Alla luce di quanto descritto il motivo principale della segnalazione

Altre osservazioni del team insegnanti

FIRMA DEI DOCENTI

COGNOME-NOME	DISCIPLINA	FIRMA

Insegnante di riferimento _____

Plesso _____

Tel: _____

Il Dirigente Scolastico

La famiglia o chi esercita la responsabilità genitoriale, informata dal team docente/consiglio di classe, prenderà i necessari contatti con il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o il Medico di Medicina Generale (MMG) quanto prima, nell'intento comune di migliorare il percorso formativo del figlio/a.

Data e luogo di consegna _____

Firma dei genitori _____

(padre, madre o chi esercita la responsabilità genitoriale)

CONSENSO INFORMATO

I sottoscritti _____

(padre, madre o chi esercita la responsabilità genitoriale)

genitori del bambino/a ragazzo/o _____

nato a _____ il ____ / ____ / _____,

- acquisita cognizione della disciplina vigente e dei propri diritti a tutela della privacy,
- individuato il ben delimitato ed indispensabile ambito di comunicazione e diffusione dei dati che saranno raccolti o prodotti,
- preso atto dell'adozione di ogni cautela e salvaguardia della riservatezza di dette informazioni,

esprimono il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali che riguardano il proprio figlio, ivi compresi quelli strettamente sensibili ai fini assolutamente necessari (D. Lgs. 30-06-2003, n. 196).

Data e luogo _____

Firma dei genitori _____

(padre, madre o chi esercita la responsabilità genitoriale)

NOTE