Promemoria per la gestione dell’attività di

accoglienza/orientamento degli alunni entrata

* Accoglienza (costruzione di un contesto e di un clima accogliente), ascolto (bisogni, aspettative, preoccupazioni, prefigurazioni del futuro), motivazione alla scelta della scuola, progettualità scolastico-lavorativa e progetto di vita.
* Valutazione delle risorse scolastiche e delle difficoltà del figlio (di apprendimento, relazione, autonomia). Valutazione delle risorse personali e sociali del figlio. Esperienze sul territorio e figure di riferimento extrafamiliari. Valutazione dei rapporti con gli ordini di scuola precedenti e con i Servizi.
* Presentazione dell’offerta formativa della nostra scuola: progetto di integrazione di Istituto (percorsi differenziati, collaborazioni con FP e Agenzie del territorio, tirocini), offerta culturale e disciplinare dei corsi, sbocchi scolastico-professionali, collaborazioni esterne.
* Valutazione congiunta della congruenza tra potenzialità, aspettative, previsione di percorso scolastico e offerta formativa della scuola (POF),
* Il colloquio di orientamento non costituisce una preiscrizione.

# NOME ALUNNO/A DATA DI NASCITA

# COMUNE DI NASCITA

# INDIRIZZO Tel.

# SCUOLA DI PROVENIENZA Tel.

SEDE CENTRALE

Tel E-mail

Fax

Tipologia della disabilitàScegliere un elemento.

DIAGNOSI CLINICA

Situazione di gravità (art. 3 co. 3) Si  No

RIF. NPI ED OPERATORI

PROGRAMMAZIONE Scegliere un elemento.

Spazio per la fotografia

Lingua straniera S. M Scegliere un elemento.. Scegliere un elemento.

INDIRIZZO SCOLASTICO SCELTO: Scegliere un elemento.

COORDINATORE/REFERENTE

DOCENTE DI SOSTEGNO Prof.

N° h

ASS. EDUCATORE Sig,

N° h

PRESENTI ALL’INCONTRO

NOTE

INCONTRO DEL Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INCONTRO DEL

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INCONTRO DEL

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INCONTRO DEL

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**L’alunno ha usufruito negli anni scorsi dei seguenti servizi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia del servizio** | **si** | **no** |
| Assistenza qualificata scolastica (A.E.) |  |  |
| Assistenza alla persona (di competenza dei collaboratori scolastici) |  |  |
| Trasporto scolastico |  |  |
| Servizi socio-educativi extrascolastici quali: |  |  |
| **L’alunno:** |  |  |
| Può raggiungere la scuola autonomamente |  |  |
| Utilizza un mezzo di trasporto ad uso scolastico senza accompagnatore |  |  |
| E’ in grado di salire le scale senza aiuto |  |  |
| Necessita di servizi igienici attrezzati in modo specifico |  |  |
| Necessita di seguire terapie farmacologiche in orario scolastico  se si quali |  |  |
| Svolgerà attività di riabilitazione in orario scolastico o extrascolastico |  |  |
| Partecipa alle attività che prevedono l’utilizzo di attrezzi/macchinari senza aiuto personale |  |  |
| **Necessita per il prossimo anno scolastico di:** | si | no |
| Trasporto da e per l’abitazione |  |  |
| Mezzo specifico |  |  |
| Accompagnatore personale |  |  |
| Altro (specificare) |  |  |
| Necessita di aula a piano terreno |  |  |
| Ausili specifici. Esempio: banco ergonomico, ausili didattici, software, etc (specificare) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pertanto chiede le seguenti figure per l’integrazione per l’a.s.:** | **si** | **no** |
| Intervento di sostegno scolastico |  |  |
| Intervento di assistenza qualificata scolastica (A.E.) |  |  |
| Assistenza alla persona (di competenza dei collaboratori scolastici) |  |  |
| Intervento di tipo paramedico. Esempio: somministrazione di medicinali, intervento infermieristico etc (specificare) |  |  |
| Validità verbale accertamento Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |  |  |
| Data ultimo Profilo di Funzionamento Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |  |  |
| Altro (specificare) Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |  |  |

AUTONOMIA

**Autonomia personale e sociale**

Spostamenti in ambienti noti Scegliere un elemento.

Spostamenti in ambienti non noti Scegliere un elemento.

Igiene personale Scegliere un elemento.

**Ambito degli apprendimenti ASSE COGNITIVO**

Attenzione Scegliere un elemento.

Capacità mnestiche

1. Memoria Scegliere un elemento.
2. Tipo di memoria Scegliere un elemento.

**Livello cognitivo**Scegliere un elemento.

Età mentaleScegliere un elemento.

**Stile cognitivo**

È capace di:   
di fare esperienze usando il proprio corpo

fare esperienze usando gli oggetti

operare con modalità iconiche

operare con modalità simboliche

fare previsioni

**Stile di apprendimento**

Non autonomia nel compito

Autonomia nel compito

Pianificazione

Controllo

Problem solving

Strategie

Uso integrato di competenze diverse

**Ambito relazionale**

**Percezione di sé**

Autostima Si  No

Tolleranza alla frustrazione Si  No

Accettazione dei propri limiti Si  No

**Rapporto con gli altri**

Accettazione da parte dei compagni

Relazioni di lavoro con i compagni

Rapporti positivi da mantenere

Eventuali incompatibilità

Relazioni di lavoro con gli adulti

Accetta suggerimenti, correzioni

**Caratteristiche comportamentali**

Aggressività Si  No

Oppositività Si  No

Dipendenza Si  No

Partecipazione Si  No

Accettazione regole Si  No

Descrizione comportamenti problema

**Caratteristiche dell’intervento**

Previsioni/Aspirazioni per il futuroScegliere un elemento.

**Frequenza nell’a.s. in corso**

Frequenza regolare Si  No

Orario scolastico:

Completo

Frequenza ridotta  [indicare la motivazione]

Monte ore settimanale

Assistenza domiciliare Si  No

**Attitudini e partecipazione al lavoro scolastico**

Prepara da solo il materiale scolastico Si  No

Utilizza adeguatamente il registro elettronico

Prende appunti in autonomia

Collabora con i docenti

Accetta la figura del docente di sostegno Si  No

Chiede chiarimenti Scegliere un elemento.

**Previsioni per il 1 anno di frequenza 2° grado**

Completo

Frequenza ridotta  [indicare la motivazione]

Monte ore settimanale

Necessita di sostegno per la didattica

Si  No  Lieve  Medio  Alto

Assistenza domiciliare Si  No

**Discipline con programmazione curriculare**

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Discipline con programmazione con obiettivi minimi**

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Discipline con programmazione differenziata**

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Materie che segue in modo individuale**

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Descrizione di come sono state utilizzate le ore di sostegno**

In classe n° di ore

Fuori dalla classe n° di ore

Individualizzato Si  No

Lavoro fortemente individualizzato Si  No

Personalizzato e comune alla classe Si  No

In piccolo gruppo in classe Si  No

In piccolo gruppo fuori dalla classe Si  No

Altro

**Area linguistica**

**Comunicazione** Scegliere un elemento.

**Produzione verbale**Scegliere un elemento.

**Produzione scritta** Scegliere un elemento.

Scegliere un elemento.

Grammatica

1. Errori ortografia Si  No
2. Errori sintassi Si  No

**Comprensione**

Individua il significato delle parole tenendo conto del contesto Si  No

Coglie collegamenti tra semplici frasi Si  No

Coglie informazioni in forma esplicita Si  No

Coglie informazioni in forma implicita Si  No

Capacità di associare, organizzare, riassumere Si  No

Coglie le informazioni più importanti Si  No

Dalle informazioni più importanti del testo giunge all’idea centrale Si  No

**Area logico matematica**

Corrispondenza quantità numero Si  No

Conta

Quali operazioni esegue:

Utilizza la calcolatrice Si  No

Utilizza il ragionamento matematico elementare

Utilizza il ragionamento matematico complesso

Conosce le principali figure geometriche piane

Calcola perimetro e area

Utilizza le formule inverse

Esegue calcoli algebrici (espressioni, potenze, polinomi)

Altro (Euro, orologio)

b1140 Orientamento rispetto al tempo Si  No

b1141 Orientamento rispetto allo spazio Si  No

Conosce e utilizza la nuova valuta Si  No

analogico Si  No

Utilizza l’orologio

digitale Si  No

**Contesto Socio-Familiare**

L’alunno/a vive in famiglia? Si  No

Composizione della famiglia Scegliere un elemento.

Il pomeriggio frequenta strutture/servizi? Scegliere un elemento.

Titolo di studio, attività lavorative

Papà Scegliere un elemento. Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Mamma Scegliere un elemento. Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Figure di riferimento per la scuola Scegliere un elemento.

La famiglia nei confronti della scuola ha atteggiamenti di Scegliere un elemento.

Stile educativo Scegliere un elemento.

Percezione delle difficoltà e delle risorse del figlio Scegliere un elemento.

La famiglia nei confronti dell’alunno nutre aspettative: Scegliere un elemento.

Aspettative della famiglia per il proseguimento degli studi. Scegliere un elemento.