



Liceo Statale
“Carlo Porta”
Erba



LICEO LINGUISTICO – LICEO DELLE SCIENZE UMANE – LICEO DELLE SCIENZE UMANE opz. ECONOMICO SOCIALE

FASCICOLO PERSONALE

PRIMO INCONTRO SCUOLA - FAMIGLIA

DATA PRIMA STESURA	
CLASSE DI FREQUENZA	

DATI RIGUARDANTI LO STUDENTE	
COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
RESIDENTE A	
VIA	
TELEFONO	
INDIRIZZO E-MAIL	
EVENTUALE ASSUNZIONE DI FARMACI	
ALTRE INFORMAZIONI UTILI (particolare stato di salute, allergie, terapie riabilitative, intolleranze, ecc). Per alunni stranieri indicare cittadinanza e arrivo in Italia.	

DATI RELATIVI ALLA FREQUENZA SCOLASTICA						
Grado	Nome e luogo	Anno scolastico	Classe	Tempo scuola	n° ore sostegno	n° ore ass. ed.
Asilo nido						
Scuola dell'infanzia						
Scuola Primaria						
Scuola Secondaria di 1° Grado						
Scuola Secondaria di 2° Grado						
Altro						

**“PRESENTAZIONE DI...”
LA NARRAZIONE DELLA FAMIGLIA**

(I punti di forza: cosa sa fare, cosa gli piace fare, gli aspetti positivi del suo carattere...; le difficoltà: cosa non riesce a fare, cosa può fare se aiutato, gli aspetti difficili del suo carattere...; ciò che è importante fare per aiutarlo, ecc...).

--

STORIA DELL'ALUNNO

(Composizione del nucleo familiare, situazioni particolari, stato generale della salute, allergie, terapie particolari, interessi, aspetti motivazionali. Indicare anche eventuali interventi riabilitativi o educativi)

--

STRATEGIE UTILI PER LA GESTIONE DI EVENTUALI MOMENTI DI CRISI O EMERGENZE

(Descrivere possibili fattori scatenanti ed eventuali strategie utili di intervento, la frequenza, la persona da contattare ed i recapiti telefonici)

--

DATI RELATIVI ALLA DIAGNOSI	
Prima Diagnosi clinica (codificata e per esteso)	
Redatta in data	
Redatta da	
Struttura specialistica di riferimento	
Tipologia della disabilità	<input type="checkbox"/> Fisica <input type="checkbox"/> Psicica <input type="checkbox"/> Plurima <input type="checkbox"/> Sensoriale <input type="checkbox"/> Visiva <input type="checkbox"/> Uditiva
Stato di gravità (art.3 c.3)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Data della prima diagnosi funzionale e dei successivi aggiornamenti	
Struttura specialistica di riferimento	
Necessità di sostegno per la didattica	<input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto
Necessita di assistenza educativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Necessita di altro tipo di supporto (indicare quale)	
Servizi che hanno in carico l'alunno	<input type="checkbox"/> neuropsicologico <input type="checkbox"/> psicologico <input type="checkbox"/> logopedico <input type="checkbox"/> psicomotorio <input type="checkbox"/> altro

SUSSIDI NECESSARI E ATTENZIONI PARTICOLARI	SI	NO	In parte
È in grado di spostarsi autonomamente			
Utilizza autonomamente il trasporto speciale			
Utilizza il trasporto speciale con accompagnatore			
Utilizza la sedia a rotelle			
Necessita del bagno attrezzato			
Necessita dell'assistenza ai servizi igienici			
Necessita di una postazione particolare all'interno della classe			
Necessita di una postazione informatizzata			
Necessita di un'aula attrezzata, dove poter effettuare attività personalizzate			
Utilizza unicamente il computer come strumento didattico			
Utilizza il computer come strumento didattico, con particolari sussidi o software (indicare quali nelle note)			
Nel corso degli anni ha cambiato diverse figure di riferimento (indicare in linea di massimo quali nelle note: insegnanti disciplinari, di sostegno, assistenti educatori)			
Necessita di un orario ridotto			
Necessita di un orario personalizzato			
E' in grado di seguire, in linea generale, il percorso della classe			
E' necessario predisporre attività personalizzate in (alcune/molte/tutte le) discipline			
Ci sono attività che possono favorire il suo percorso: <i>(Indicare quali sono; ad esempio laboratori specifici, uscite didattiche, attività di carattere socializzante, attività sportive, musicali, teatrali, artistiche o altro)</i>			
La frequenza scolastica è costante			
Note:			

PROGETTO DI MASSIMA PER L'ANNO SCOLASTICO SUCCESSIVO	
Futura classe e plesso	
N° di ore di frequenza effettiva	
Diagnosi	
N° ore sostegno anno in corso	
N° ore assistente educatore anno in corso	
Punti di forza su cui far leva	
Punti di debolezza sul piano relazionale	
Punti di debolezza sul piano didattico-educativo	
<i>Ipotizzare il n° di ore di sostegno ritenute necessarie al fine di assicurare all'alunno un percorso efficace ed inclusivo</i>	

DATA

____/____/____/

Firma del docente
