



Provincia di Bari

AII. 1

### SCHEDA ALUNNO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Scuola di provenienza/frequentata \_\_\_\_\_

Diagnosi clinica \_\_\_\_\_

---

---

---

**Area/e Compromessa/e dall'Handicap:**

**Grado di Compromissione**

	Nessuno	Lieve	Medio	Grave
<input type="checkbox"/> Cognitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Affettivo-Relazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linguistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Motorio-Prassica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neurologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sensoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Diagnosi Funzionale**

(Redatta in forma conclusiva)

---

---

---

**Profilo Dinamico Funzionale**

(Potenzialità d'intervento) \_\_\_\_\_

**P.E.I. Aggiornato al** \_\_\_\_\_  
(Da allegare)

**Attività Riabilitative** Specificare \_\_\_\_\_

SI

NO

**Attività Tempo Libero** In casa  
(Specificare come l'Alunno/a trascorre il proprio tempo libero)

TV

PC

Altro \_\_\_\_\_

Fuori casa Piscina

Attività ricreativa

Altro \_\_\_\_\_

**Notizie sulla Famiglia**  
(n. componenti, presenza di uno o entrambi i genitori, ecc.) \_\_\_\_\_

**Abitudini di vita dell'Alunno/a in Famiglia** \_\_\_\_\_

**Classe d'iscrizione**

(A.S. 2014/2015)

I

II

III

IV

V

**Programmazione**

Differenziata

Paritaria

**Tempo scuola dell'Alunno/a**

\_\_\_\_\_

**Insegnante di sostegno**

(Assegnato/richiesto per

l'a.s.2014/2015)

SI

Ore n.

Fruite nell'a.s. 2013/14

NO

**Nell'a.s. 2013/2014 l'Alunno/a**

ha già usufruito del Servizio di

Assistenza Specialistica?

SI

NO

**Progetto individuale 2014/2015**

Bisogni dell'Alunno/a a cui si intende rispondere con l'Assistenza Specialistica e da sviluppare nel P.E.I. aggiornato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Obiettivi specifici da conseguire**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Figure professionali coinvolte**

Docenti curricolari

Docente specializzato

Educatore o Assistente alla Comunicazione

Collaboratore scolastico per assistenza di base

Rappresentanti ASL

**Modalità di intervento/partecipazione dell'Educatore o Assistente alla Comunicazione alla definizione delle azioni Coordinate con il Gruppo operativo di Istituto**

---

---

---

---

---

I Componenti  
del Gruppo H di Istituto

Il Dirigente Scolastico

---

---

---

Il Genitore dell'alunno  
e/o l'esercente la potestà

---

---

---

---

---

