



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA SARDEGNA
DIREZIONE GENERALE
Ufficio ___ - Ambito territoriale per la provincia di _____**

DATI ALUNNO DISABILE E CONTESTO SCOLASTICO

a.s. 2015/16

ISTITUTO plesso/sez.staccata/sez.associata.....

DATI ALUNNO

NOME COGNOME DATA DI NASCITA .../.../.....

Comune di residenza..... Indirizzo Tel.....

ORDINE DI SCUOLA FREQUENTATA ⁽¹⁾				CLASSE E SEZIONE	TOTALE ALUNNI DISABILI NELLA CLASSE	TOTALE ALUNNI DELLA CLASSE ⁽²⁾
INFANZIA <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SEC. I GRADO <input type="checkbox"/>	SEC. II GRADO <input type="checkbox"/>			

SOLO PER IL PRIMO CICLO → ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA E TEMPO SCUOLA DELLA CLASSE ⁽³⁾					
INFANZIA		PRIMARIA		SEC. I GRADO	
ORARIO NORMALE <input type="checkbox"/>	h.....	TEMPO SCUOLA ORDINARIO <input type="checkbox"/>	h.....	TEMPO SCUOLA ORDINARIO <input type="checkbox"/>	h.....
ORARIO RIDOTTO <input type="checkbox"/>	h.....	TEMPO PIENO <input type="checkbox"/>	h.....	TEMPO PROLUNGATO <input type="checkbox"/>	h.....

ORARIO SETTIMANALE DELLE LEZIONI DELLA CLASSE CON ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP ⁽⁴⁾						
Mattino	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
Mensa	dalle orealle ore					
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						

Insegnante/i di sostegno ⁽⁵⁾ ore di sostegno

ORARIO SETTIMANALE DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO ⁽⁶⁾						
Mattino	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						
Mensa	dalle orealle ore					
dalle..... alle						
dalle..... alle						
dalle..... alle						

Presenza nella classe di altri alunni in situazione di handicap ⁽⁷⁾:

ASSENZE al 15/10/2015		
Settembre	n°	Se il numero delle assenze è elevato, esplicitare la motivazione.
Ottobre	n°	

L'ALUNNO USUFRUISCE DI RIDUZIONE DELL'ORARIO SCOLASTICO? ⁽⁸⁾	SI	N° ORE SETTIMANALI DI FREQUENZA	h.....	ORARIO DI FREQUENZA GIORNALIERO	
	NO			DALLE ORE..... ALLE ORE.....	

L'ALUNNO USUFRUISCE DELLA CONTINUITA' DIDATTICA DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO? ⁽⁹⁾	SI	MOTIVAZIONI.....
	NO

L'ALUNNO USUFRUISCE DELLA CONTINUITA' DIDATTICA DEGLI INSEGNANTI CURRICOLARI? ⁽⁹⁾	SI	MOTIVAZIONI.....
	NO

L'ALUNNO USUFRUISCE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA FORNITA DAGLI EE.LL.? ⁽⁸⁾	SI	N° ORE SETTIMANALI	ORE DISTRIBUITE NELL'ARCO DELLA SETTIMANA					
	NO		Totale h.....	Lun	Mar	Mer	Giov	Ven

L'ALUNNO USUFRUISCE, DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO, DELL'INTERVENTO DI FIGURE SPECIALISTICHE ESTERNE? ⁽⁸⁾	SI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO		CALENDARIO DEGLI INTERVENTI			
		PSICOMOTRICITA'		Lun.	dallealle	Giov.	dallealle
	NO	LOGOPEDIA		Mar.	dallealle	Ven.	dallealle
		ALTRO		Mer.	dallealle	Sab.	dallealle

EVENTUALE RIPETENZA DELLA CLASSE FREQUENTATA	SI	UN ANNO	EVENTUALE RIPETENZA DELLE CLASSI PRECEDENTI NEL MEDESIMO ORDINE DI SCUOLA	SI
		DUE ANNI		
	NO	TRE ANNI		PIU' ANNI

MODALITA' DI INTERVENTO

In relazione a quanto programmato nel Piano Educativo Individualizzato si comunica quanto segue: ⁽¹⁰⁾

- a) ore settimanali di compresenza dell'insegnante di sostegno all'interno della classe; n°....
- b) ore settimanali eventualmente destinate ad attività per piccoli gruppi da realizzare in classe; n°....
- c) ore settimanali eventualmente destinate ad attività per piccoli gruppi da realizzare nei laboratori della scuola; n°....
- d) ore settimanali eventualmente destinate ad attività individualizzata all'esterno della classe (specificare finalità e luogo). n°....
-
-

SOLO PER LA SCUOLA SECONDARIA

- L'ALUNNO SEGUE:	<input type="checkbox"/> la programmazione della classe	<input type="checkbox"/> una programmazione differenziata	<input type="checkbox"/> la programmazione differenziata solo per alcune discipline
- NEL CASO L'ALUNNO SEGUA UNA PROGRAMMAZIONE DIFFERENZIATA (anche se solo per alcune discipline) la famiglia: è stata ufficialmente informata SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ha dato il suo formale consenso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
- PER GLI ALUNNI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO INDICARE LA VOCE INTERESSATA: l'alunno ha conseguito <input type="checkbox"/> diploma conclusivo del 1° ciclo / licenza media <input type="checkbox"/> attestato			

Firma insegnante/i di sostegno

Firma del coordinatore del consiglio di classe

Data .../.../....

Firma del Dirigente Scolastico

- (1) Fare una crocetta nella casella corrispondente all'ordine di scuola.
- (2) Il numero indicato deve comprendere alunni h e alunni normodotati.
- (3) Indicare con una crocetta il tipo di organizzazione scolastica e quantificare in ore il tempo scuola settimanale della classe.
- (4) Scrivere le discipline o gli ambiti disciplinari (campi d'esperienza per la scuola materna) e indicare con un asterisco rosso le ore di contemporanea dei docenti curricolari, comprese le ore di contemporanea della mensa.
- (5) Scrivere il nome dell'insegnante specializzato in stampatello.
- (6) Qualora in una stessa classe, con uno o più alunni in situazione di handicap, operino diversi docenti specializzati dovranno essere indicate le ore per ogni docente, le aree di intervento e le motivazioni di tale scelta.
- (7) Indicare i nominativi degli altri alunni disabili della stessa classe.
- (8) Se "sì", completare anche gli altri riquadri della stessa riga.
- (9) Se "no", indicare le motivazioni.
- (10) Il totale delle ore indicate ai punti a-b-c-d deve coincidere con le ore di sostegno assegnate alla classe.