****

***Ministero della Pubblica Istruzione***

***Istituto Comprensivo Statale “Marvasi” Rosarno – San Ferdinando***

*Piazza Duomo n° 8 -* 89025 Rosarno (RC) – C.M.: RCIC825005 – C.F.: 91006770803

*🕾 e 🖷: 0966/773550 -* e-mail: [rcic825005@istruzione.it](mailto:rcic825005@istruzione.it)

****

FOGLIO NOTIZIE

*INFORMAZIONI RIGUARDANTI L’ALUNNO*

COGNOME  NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENTE DAL ……………………..

(allegare certificato di residenza per coloro che non sono residenti nel Comune )

Iscrizione alla scuola: **PRIMARIA**

Circolo o Istituto **I.C. “ MARVASI” ROSARNO- SAN FERDINANDO**

Classe  N. alunni

presenza in classe di altri alunni disabili N.

ore insegnante di appoggio richieste **300 ANNUE**

ore di frequenza previste **27 DI 60 MINUTI**  (indicare se le ore sono espresse in 60 o 50 minuti modulari)

eventuali limitazioni dell’orario scolastico …………………………………………………

PROVENIENTE DA:

- famiglia

- istituto……………………………………………………………………………………..\*

- comunità……………………………………..……………………………………………\*

- nido d’infanzia …………………………………………………………………….……...\*

- scuola dell’infanzia  **\***

- scuola ……………………………………………………………………………………..\*

\* = denominazione

OPERATORI CHE INTERVENGONO IN FAVORE DELL’ALLIEVO

Indicare nominativi se conosciuti:

- Psicologo **Bonarrigo Luigi**

- Neuropsichiatra

-Terapisti della riabilitazione **Tranfo Daniele**

- Assistente sociale **La Face Caterina**

- Educatore //

- Altro //

NECESSITÀ INDIVIDUATE IN RELAZIONE AI BISOGNI DELL’ALLIEVO

**SI NO**

**a)** **Trasporto** - mezzo specifico

- accompagnatore personale

- altro

- specificare

**b) Edificio Scolastico** - aule piano terra

- aule specializzate

se sì quali

- servizi igienici attrezzati

- altro

se sì specificare ……………………………………………...

**c) Organizzazione scolastica e didattica**

- classe/sezione con n. ridotto di alunni

- ausili tecnici

se si, quali (specificare in modo analitico)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- laboratori

specificare quali: …………………………………………

- gruppi di interesse

specificare quali:

**d) Terapie e riabilitazione in orario scolastico**

- ha bisogno di seguire terapie farmacologiche

- ha bisogno di svolgere attività di riabilitazione

**NECESSITÀ DI SUPPORTO: SI NO**

**AUTONOMIE**

**a) Personali (cura e igiene)**

- Abbigliamento

- utilizzo del bagno

- consumo del pasto

- espressione dei propri bisogni primari

- orientamento nello spazio

- spostamento negli ambienti interni

- spostamento negli ambienti esterni

-(uscite, viaggi istruzione)

**Il BAMBINO NON E’ AUTONOMO IN NESSUN AMBIENTE**

**b) Sociali**

- conoscenza e rispetto delle regole

- conoscenza e riconoscimento di segnali convenzionali

- (es. indicazioni: bagno, uscita d’emergenza, ecc…)

**c) Scolastiche**

- cura degli oggetti e del materiale scolastico

- esecuzione di consegne

- permanenza in classe

**ABILITÀ COMUNICATIVE**

Comunicare e produrre messaggi:

- Verbali

- Non verbali

- Gestuali

Ricevere e comprendere messaggi:

- Verbali

- Non verbali

- Gestuali

**CAPACITÀ RELAZIONALE**

- riconoscere e rapportarsi al gruppo dei pari

- riconoscere e rapportarsi al gruppo degli adulti

- riconoscere e rapportarsi con l’ambiente

**RICHIESTE:**

**- Personale educativo-assistenziale**

n. ore settimanali richieste **12**

**SI NO**

- insegnanti con specializzazione:

* deficit psico-fisici
* deficit della vista
* deficit dell’udito

-eventuali altri operatori:

* collaboratori scolastici
* personale servizio civile volontario
* volontariato

- altre richieste (specificare) **ASSISTENTE EDUCATIVO**

Data ………………………..

Operatori U.M.D.

…………………………………………..

………………………………………….

………………………………………….

………………………………………….

………………………………………….

*Il Dirigente Scolastico*

*Nicolantonio Cutuli*

Il sottoscritto ………………………………………….., genitore/tutore del minore …………………………………………………………, autorizza ad inoltrare la presente

all’Ente locale per gli interventi di assistenza di competenza.

Firma del genitore

………………………….…………..