***UOUFFTD PXPT8L.REGISTRO UFFICIALE***

***con apposizione di segnatura digitale***

Alla ASL RM2

U.O – T.S.M.R.E.E.

Via di Torrenova, 20 - 00133 Roma

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE**

DATA DELLA SEGNALAZIONE…………………………………………………...........................

SCUOLA…………………………………..………………………………………….........................

CLASSE……………..SEZIONE ……….

INSEGNANTE/I CHE SEGNALA IL CASO ………………...…………….................................................................................................................

( infanzia e primaria )

RAPPRESENTATE CONSIGLIO DI CLASSE CHE SEGNALA IL CASO

( sc. Secondaria di primo grado) ……………………................................................................................................................................

* INFORMAZIONI SULL’ALUNNO

NOME……………………………………………………………………….............

DATA DI NASCITA………………………………………………………………...

INDIRIZZO……………………………………………............................................

TELEFONO…………………………………………….............................................

HA SEMPRE FREQUENTATO QUESTA SCUOLA? ……………………………….......................

SE NO, DA QUALE PROVIENE?………………………………......................................................

E’ RIPETENTE?...................................................................................................................................

SE SI, QUALE CLASSE HA RIPETUTO?..........................................................................................

PER QUANTE VOLTE? .....................................................................................................................

* INDICAZIONE SULLA CLASSE IN CUI E’ INSERITO L’ALUNNO SEGNALATO/A

NUMERO ALUNNI................................

NUMERO ALUNNI RIPETENTI.........................

NUMERO MASCHI.......................................

NUMERO FEMMINE....................................

SONO PRESENTI ALUNNI GIA’ SEGUITI DA UN INS.TE DI SOSTEGNO?...............................

QUANTI?...............................................

PER QUANTE ORE?...............................................

NOME INSEGNANTE DI SOSTEGNO...............................................

GUIDIZIO COMPLESSIVO SULLA CLASSE (rendimento, comportamento, socialità)

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

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

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

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

* MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE

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

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

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

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

* NOTIZIE SUL COMPORTAMENTO

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

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

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

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

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

* NOTIZIE SULLA SOCIALIZZAZIONE

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

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

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

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

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

* NOTIZIE SULL’APPRENDIMENTO

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

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

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

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

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

DA QUANTO TEMPO SI SONO EVIDENZIATE TALI DIFFICOLTA’?

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

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

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

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

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

QUALI TENTATIVI SONO STATI FATTI PER RISOLVERLE NELLA SCUOLA?

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

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

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

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

* INFORMAZIONI SUL RAPPORTO SCUOLA-FAMIGLIA

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

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

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

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

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

Insegnanti di classe:

Nome e cognome

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e cognome

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e cognome

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.

GLI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI PRESSO I SERVIZI SANITARI DELLA A.S.L. POTRANNO ESSERE EFFETTUATI SOLO CON IL CONSENSO DELLA FAMIGLIA

I sottoscritti genitori, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diamo il consenso all’invio

Non diamo il consenso all’invio

Firma dei genitori

Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_