

1- Scheda introduttiva

La scuola richiedente il servizio compila e invia la scheda a:

**I.C. "Lombardo Radice - Pappalardo" - p.le Martiri di Ungheria -91022 Castelvetroano
e-mail: cts.tp.sportelloautismo@gmail.com**

ANNO SCOLASTICO			
ISTITUZIONE SCOLASTICA			
SEDE			
SUPPORTO RICHIESTO DA			
	<i>Ruolo</i>	<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>
	<i>Ruolo</i>	<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>
TELEFONO SCUOLA		e-mail	

ALUNNO	anno di nascita			M		F
	CLASSE	<input type="text"/>	INFANZIA <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SEC. 1° G. <input type="checkbox"/>	SEC. 2° G. <input type="checkbox"/>
Orario Frequenza Scolastica						
ORE SETTIMANALI CON INSEGNANTE SPECIALIZZATO						
CONSENSO GENITORI	Al Supporto		Sì <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
	Firma genitori					

Data _____

	CODICE ICD 10				
SINTESI DIAGNOSI FUNZIONALE					
ASP N. 9	Distretto di				
SPECIALISTI <i>che hanno in carico l'alunno</i>		COGNOME	NOME		
	NEUROPSICHIATRA				
	PSICOLOGO				
	LOGOPEDISTA				
				
	SPECIALISTA ASP				
	SPECIALISTA ESTERNO				
	OPERATORE SOCIO SANITARIO				
	INSEGNANTE SOSTEGNO				
	INSEGNANTE CURRICOLARE				
				
	FAMIGLIA		SI	NO	

MOTIVAZIONE SUPPORTO	DESCRIZIONE

SPECIFICITÀ	FORMA DI COMUNICAZIONE					
	LINGUAGGIO VERBALE					
	Presente		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- utilizza un linguaggio verbale non convenzionale		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- utilizza una forma semplice di linguaggio verbale convenzionale (parola frase)		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- utilizza una forma appropriata di linguaggio verbale convenzionale		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	LINGUAGGIO NON VERBALE: SISTEMI ALTERNATIVI DI COMUNICAZIONE					
	- gesti		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- suoni		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- segni		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- Oggetti		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- Foto		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- Immagini		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- simboli		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- agende		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- computer		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	- altro		Sì	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	GRADO DI AUTONOMIA					
			Assente	deficitaria	accettabile	Adeguate
- personale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- sociale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- scolastica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMPORAMENTI PROBLEMATICI						
		Grave	moderata	lieve	Assente	
- imprevedibilità		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio di fuga		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- aggressività nei confronti di						
o se stesso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o i compagni		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o gli adulti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o l'ambiente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ATTIVITÀ SETTIMANALI
ALLEGARE COPIA DELLE ATTIVITA' SETTIMANALI ALLEGATE AL P.E.I.
(ora, luogo, attività, insegnante/i di riferimento)