

**N.B.: NON stampare le seguenti istruzioni!**

**Finalità della scheda**

1. uno strumento utile all’**insegnante** per individuare la difficoltà prevalente dell’alunno (cioè la difficoltà che in maggior misura compromette la capacità di apprendere) e segnalare al genitore le difficoltà del figlio;
2. uno strumento utile al **genitore** per comunicare quanto evidenziato dall’insegnante al **pediatra** o medico di base, e condividerlo con lo stesso;
3. uno strumento indispensabile per poter **richiedere una prima valutazione**  **al** **Servizio**

 congiuntamente alla richiesta del pediatra/medico di base;

1. 4. uno strumento utile al Servizio per orientare il percorso di valutazione .

**Percorso di invio**

1. Compilazione della scheda da parte degli insegnanti, solo dopo un adeguato periodo di osservazione

2. Consegna della scheda alla famiglia

3. Presentazione della scheda al pediatra/medico di base (da parte dei genitori), in base alla quale verrà effettuata richiesta si valutazione

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “PERUGIA 12”**

**Ponte San Giovanni – PERUGIA**

**Scuola Secondaria di I Grado “A. Volumnio”**

**Prot. N. \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**Del \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **SCHEDA DI 1° INVIO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data di compilazione:** |  |
| **ALUNNA/O** |
| Nome: |  | Cognome: |  |
| Nato a: |  | Il: |  |
| Età: |  |
| Nazionalità: |  | In Italia dal:  |  |
| Lingua madre: |  | Eventuale bilinguismo |  |

|  |
| --- |
| **PERCORSO SCOLASTICO** |
| Scuola |  | Classe |  |
| Indicare eventuali cambiamenti di scuola: |  |
| Vi sono stati eventuali significativi cambi di insegnanti? | Sì | No |
| Sono state segnalate difficoltà scolastiche nei precedenti gradi di istruzione? | Sì | No |
| Indicare eventuali ripetenze: |  |

|  |
| --- |
| **DIFFICOLTA’ RILEVATE DAGLI INSEGNANTI** |
|  | Breve Descrizione |
| * difficoltà a mantenere l’attenzione per tempi prolungati e/o facile distraibilità
 |  |
| * difficoltà di relazione o di comportamento
 |  |
| * difficoltà di linguaggio
 |  |
| * difficoltà di ragionamento logico e nell’astrazione
 |  |
| * **difficoltà di** lettura e/o scrittura e/o **calcolo**
 |  |
| * difficoltà sensoriali
 | * vista
 |  |
| * udito
 |  |

|  |
| --- |
| **DIFFICOLTA’ PREVALENTE**☞ Nel caso in cui gli insegnanti abbiano rilevato più difficoltà, segnalare l'area che compromette maggiormente il funzionamento scolastico (**solo una**) affinché il **pediatra/medico di base possa fare un invio mirato** |
|  | Eventuali note |
| * mantenere l’attenzione per tempi prolungati e/o facile distraibilità
 |  |
| * relazione o comportamento
 |  |
| * linguaggio
 |  |
| * ragionamento logico e nell’astrazione
 |  |
| * lettura e/o scrittura e/o calcolo
 |  |
| * sensoriali
 |  |

|  |
| --- |
| **LINGUAGGIO** |
|  | Specificare |
| Dimostra di comprendere ciò che gli viene richiesto? | Sì | No |  |
| Dimostra di comprendere il contenuto delle lezioni senza bisogno di facilitazioni? | Sì | No |  |
| Si esprime in modo efficace? | Sì | No |  |
| Quando parla presenta errori nella strutturazione della frase? | Sì | No |  |
| **(Se bilingue)**Dimostra difficoltà derivanti dalla scarsa conoscenza della lingua? | Sì | No |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE LIVELLO DI APPRENDIMENTO DELLA****LETTO-SCRITTURA** |
| SCRITTURA | Specificare |
| Sono presenti errori ortografici? | Sì | No |  |
| Sono presenti difficoltà nella pianificazione del testo? | Sì | No |  |
| GRAFIA |  |
| La scrittura risulta leggibile all'adulto:  | Sì | No |  |
| La scrittura risulta leggibile all'alunno: | Sì | No |  |
| Alternanza di caratteri nello stesso testo: | Sì | No |  |
| LETTURA |  |
| Sono presenti difficoltà nella lettura?  | Sì | No |  |
| Nella lettura il ragazzo/a è **prevalentemente**: | Lento |  |
| Scorretto |  |
| Entrambe |  |
| Dimostra di comprendere il contenuto dei testi letti autonomamente ? | Sì | No |  |

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE DELLE ABILITA’ MATEMATICHE** |
|  | Specificare |
| Compie errori nella lettura dei numeri? | Sì | No |  |
| Compie errori nella scrittura dei numeri? | Sì | No |  |
| Sono presenti difficoltà di calcolo? | Sì | No |  |
| PROBLEMI ARITMETICI |  |
| Difficoltà a comprendere la consegna? | Sì | No |  |
| Difficoltà ad individuare l’operazione necessaria allo svolgimento ? | Sì | No |  |
| Difficoltà ad operare con figure geometriche ? | Sì | No |  |

|  |
| --- |
| **INDICARE SE SONO STATI UTILIZZATI STRUMENTI DIDATTICI E TECNOLOGICI FUNZIONALI ALL’APPRENDIMENTO** |
|  | Indicare quali si sono rivelati funzionali: |
| * tabelline
 |  |
| * formulari
 |
| * mappe
 |
| * calcolatrice
 |
| * computer
 |
| * Altro (specificare)
 |

|  |
| --- |
| **INDICARE SE SONO STATI SPERIMENTATI ACCORGIMENTI FUNZIONALI ALL’APPRENDIMENTO** |
|  | Indicare quali si sono rivelati funzionali: |
| * dare più tempo per l’esecuzione dei lavori
 |  |
| * alleggerire il carico di lavoro (ad esempio suddividendolo in unità apprendimento più piccole)
 |
| * evitare alcune prestazioni (es. lettura a voce alta)
 |
| * attivare strategie di apprendimento cooperativo (lavori di gruppo, supporto tra pari...)
 |
| * Altro (specificare)
 |

|  |
| --- |
| **ALTRI ASPETTI** |
|  | Specificare |
| Usa correttamente l'orologio e/o tiene conto del tempo?  | Sì | No |  |
| Svolge le attività motorie adeguate al suo livello di età?  | Sì | No |  |
| Dimostra buone competenze nei contesti che richiedono l'uso di abilità visuo-spaziali? | Sì | No |  |
| Sa organizzare lo spazio foglio?  | nel disegno | Sì | No |  |
| nella scrittura | Sì | No |  |
| nel calcolo (incolonnamento) | Sì | No |  |
| Sa usare strumenti (squadra, riga, compasso) che richiedono l'uso indipendente, ma coordinato delle mani? | Sì | No |  |
| Dimostra di saper usare il computer in maniera autonoma, in relazione alle richiesta della scuola? | Sì | No |  |
| Incontra difficoltà nel mantenere l'attenzione sui compiti o su attività in cui è impegnato?  | Sì | No |  |
| Gestisce in maniera autonoma le attività necessarie alla vita quotidiana? | Sì | No |  |
| Adegua i propri comportamenti alle diverse situazioni?  | Sì | No |  |
| Inizia e conclude i compiti assegnatigli? | Sì | No |  |
| Prende decisioni quando necessario? | Sì | No |  |
| Dimostra ansia durante lo svolgimento di un compito o di un interrogazione?  | Sì | No |  |

|  |
| --- |
| **EVENTUALI OSSERVAZIONI AGGIUNTIVE** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il Consiglio di Classe** | **Il genitore per presa visione** | **Il Dirigente Scolastico** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (timbro e firma) |