**FINALITÀ DELLA SCHEDA E MODALITÀ DI COMPILAZIONE**

La presente scheda rappresenta uno strumento a disposizione del team dei docenti per compiere un’attenta analisi del contesto e delle relazioni in cui si sviluppa il bisogno. La compilazione attenta delle diverse sezioni con le informazioni a disposizione della scuola potrebbe, infatti, fornire un quadro completo su cui riflettere per trovare soluzioni efficaci e/o risposte di sistema.

La scheda si configura come uno strumento flessibile.

Ogni sezione contiene una serie di spunti di riflessione su cui gli insegnanti potranno focalizzare la loro attenzione, mettendo in evidenza gli aspetti di cui sono a conoscenza e che si configurano come determinanti per la contestualizzazione del bisogno.

**La compilazione della scheda richiede il coinvolgimento dei genitori e di tutto il team dei docenti/CdC sia in fase di osservazione del bisogno e del contesto, sia in fase di compilazione.**

ISTITUTO SCOLASTICO: …………………………………………………………………………………………..

* la famiglia ha partecipato alla stesura della scheda SI □ NO □

**PER INVIO AL SERVIZIO:**

**SERVIZIO MINORI E FAMIGLIA** □

**CONSULTORIO FAMILIARE** □

**NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** □

**ALTRO (specificare)** □ ………………………………

**Sezione 1**

**DATI ANAGRAFICI**

**Alunno/a**

Nome ………………………………………………………Cognome…………………………………………

Nato/a a ……………………………………. il ……………………………………….………………………….

Residente a ……………………………….. via …………………………………….…………………………..

Telefono casa…………………………….. madre ………………………… padre ………………………….

**Scuola**

Scuola …………………di ………………….. Classe frequentata ……………………………………………

Telefono ……………………………………………………………………………………………...................

Specificare eventuali cambi di sede scolastica dell’alunno…………………………………………………..

Insegnanti (nome, cognome) …………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………..

Dirigente Scolastico ……………………………………………………………………………………………..

Referente per le difficoltà scolastiche …………………………………………………………………………

Data ……………………………………….. Luogo …………………………………………………..

Firma degli insegnanti

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

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

Firma del dirigente scolastico …………………………………………………………………………………..

Firma del referente per le difficoltà scolastiche ……………………………………………………………….

*N. B.* Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622C.P.). Il presente atto va conservato all’interno del Fascicolo personale con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano del caso.

**Sezione 2**

**CONTESTO FAMILIARE SOCIALITÀ TEMPO LIBERO**

***(****composizione del nucleo familiare e sua storia; conoscenza della lingua italiana - in caso di alunno straniero - dell’alunno e della famiglia; occupazione dei genitori; background socio-economico- culturale familiare; altre figure educative di riferimento; frequenza rapporti con la famiglia o con le altre figure educative di riferimento; abitazione; fragilità del nucleo familiare/della funzione genitoriale; punti di forza e risorse del nucleo familiare; segnalazioni/rapporti con i servizi sociali; soddisfacimento dei bisogni del minore sul piano fisico cognitivo, affettivo, psicologico da parte delle figure educative di riferimento; cura e igiene****)***

**Sezione 3**

**SCUOLA**

***3.1. Percorso scolastico***

***(****percorso scolastico dall’asilo nido; sezione frequentata; particolari bisogni educativi segnalati/certificati; contesto relazionale)*

***3.2. Presentazione dell’alunno***

*stile di apprendimenti (percezione analitica /globale , memoria visiva /verbale)*

*relazioni con i pari (instaura relazioni con i compagni, tende a isolarsi, presenta comportamenti aggressivi ) e con gli adulti ( ha comportamenti oppositivi provocatori, è reattivo, impulsivo, inibito, è dipendente dall’adulto, riconosce le figure di riferimento)*

*rispetto delle regole di convivenza sociali (ha scoppi di rabbia verso sé e/o gli altri, presenza di un fattore scatenante che precede lo scoppio di rabbia )*

*stile di gioco (partecipazione all’attività sensomotoria, presenza del gioco di finzione, porta a termine un gioco, gioca da solo/ in coppia / in piccolo gruppo, presenza di un gioco prevalente, spostamento del focus di attenzione )*

 *difficoltà che necessitano di interventi:( tipologia, epoca di insorgenza, problemi associati o secondari, ambiti in cui si verificano)*

***3.3. Strategie messe in atto dalla scuola per rispondere al bisogno ed eventuali risultati conseguiti***

**Sezione 4 PROFILO DI FUNZIONAMENTO**

**AREA EMOTIVO - COMPORTAMENTALE - RELAZIONALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si separa facilmente dalla figura genitoriale? | □ SI | **□ NO** |
| Accetta di separarsi dai giochi portati da casa? | □ SI | **□ NO** |
| Si adegua alle situazioni nuove e ai cambiamenti nella routine? | □ SI | **□ NO** |
| Quando richiesto rimane in classe senza tentare di scappare? | □ SI | **□ NO** |
| Si adegua alle regole di convivenza sociale? | □ SI | **□ NO** |
| E’ capace di portare a termine un’attività nei tempi medi del gruppo dei pari senza interrompersi? | □ SI | **□ NO** |
| E’ capace di portare a termine un'attività nei tempi medi del gruppo dei pari senza essere frequentemente sollecitato e/o rassicurato? | □ SI | **□ NO** |
| Tollera il cambio o l’interruzione di attività/proposte? | □ SI | **□ NO** |
| Si adegua facilmente al cambio di figure di riferimento? | □ SI | **□ NO** |
| Tollera un’attesa o un ritardo nella risposta dell’insegnante in relazione a una sua richiesta? | □ SI | **□ NO** |
| E’ in grado di controllare atteggiamenti impulsivi? | □ SI | **□ NO** |
| Se no, in quali occasioni?................................................. |  |  |

**Il rapporto con i compagni:**

Come si relaziona con i compagni…………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ricerca spontaneamente la relazione con i pari? | □ SI | **□ NO** |
| Partecipa in modo attivo nelle relazioni e nel gioco? | □ SI | **□ NO** |
| Coopera con i compagni? | □ SI | **□ NO** |
| Ricerca la relazione con gli adulti di riferimento? | □ SI | **□ NO** |
| Sa chiedere aiuto? | □ SI | **□ NO** |
| **Tolleranza alla frustrazione:** |  |  |
| Ha scoppi di rabbia o pianto? | **□ SI** | □ NO |
| Se sì, in quali occasioni? ………………………………………………………….. |  |  |
| Riesce a consolarsi e calmarsi da solo o con un adulto? | **□ SI** | □ NO |
| E’ aggressivo con sé stesso o verso gli altri? | **□ SI** | □ NO |
| **Adattamento al contesto di richiesta** |  |  |
| Si attiva in risposta ad una richiesta/proposta, se compresa? | **□ SI** | □ NO |
| Di fronte a una richiesta evita o rinuncia? | **□ SI** | □ NO |
| Di fronte a una richiesta risponde casualmente? | **□ SI** | □ NO |
| Di fronte a una richiesta piange? | **□ SI** | □ NO |
| Di fronte a una richiesta si fa male? | **□ SI** | □ NO |
| **Nei confronti dell’insegnante** |  |  |

Come si comporta nei confronti dell’insegnante e principalmente in quale situazione……………

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

**AREA DELLE AUTONOMIE PERSONALI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si orienta nello spazio della scuola? | □ SI | **□ NO** |
| E’ autonomo nel riconoscere e gestire le proprie cose e lo spazio assegnato? | □ SI | **□ NO** |
| Ha raggiunto il controllo sfinterico? | □ SI | **□ NO** |
| Si organizza da solo in bagno? | □ SI | **□ NO** |
| Mangia da solo con le posate? | □ SI | **□ NO** |
| Nel momento del pasto è disponibile ad assaggiare i vari piatti proposti? | □ SI | **□ NO** |
| Se no, descrivere la selettività…………………………………………………… |  |  |
| ……………………………………………………………………………………… |  |  |
| Si addormenta senza difficoltà? | □ SI | **□ NO** |
| Sa soffiarsi il naso? | □ SI | **□ NO** |
| Sa vestirsi e svestirsi da solo? | □ SI | **□ NO** |

Note: ……………………………………………………………………………………………………………

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

**AREA DELLE ABILITA’ MOTORIO – PRASSICHE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ha una buona coordinazione generale nei movimenti |  |  |
| (correre, salire e scendere le scale, saltare…)? | □ SI | **□ NO** |
| Afferra/impugna il pennarello in modo funzionale? | □ SI | **□ NO** |
| Usa preferenzialmente una delle due mani? Se si quale?.................................. | □ SI | **□ NO** |
| Ha una buona capacità nei compiti di motricità fine: ritagliare, colorare…? | □ SI | **□ NO** |
| Riesce a copiare segni spazialmente orientati? | □ SI | **□ NO** |
| Disegna la figura umana in autonomia? | □ SI | **□ NO** |
| Sa utilizzare adeguatamente lo spazio del foglio quando disegna o scrive?  | □ SI | **□ NO** |

Note: ……………………………………………………………………………………………………………

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

**GIOCO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Partecipa volentieri all’attività corporea/senso-motoria? | □ SI | **□ NO** |
| E’ presente uso funzionale degli oggetti? | □ SI | **□ NO** |
| È presente gioco di finzione? | □ SI | **□ NO** |
| Sa mantenere il focus di attenzione per tempi adeguati rispetto a quanto atteso per l’età?  | □ SI | **□ NO** |
| Gioca prevalentemente: da solo, in coppia, in piccolo gruppo. (sottolineare la preferenza) |

Nel gioco condiviso assume prevalentemente ruolo di: leader positivo, gregario, osservatore, rinunciatario (sottolineare il ruolo principale)

Note: ……………………………………………………………………………………………………………

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

**AREA COMUNICATIVO- LINGUISTICA**

Usa il linguaggio verbale per comunicare? □ SI **□ NO**

Se No, quale modalità comunicativa utilizza? ……………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Guarda negli occhi? | □ SI | **□ NO** |
| Indica e/o usa altri gesti convenzionali? | □ SI | **□ NO** |
| Si esprime correttamente usando frasi adeguate all’età? | □ SI | **□ NO** |
| Se no, come si esprime?................................................................... |
| …………………………………………………………………………….. |
| Il vocabolario appare adeguato all’età? | □ SI | **□ NO** |
| Sa memorizzare vocaboli nuovi? | □ SI | **□ NO** |
| Sa raccontare in modo chiaro e coerente un fatto tratto dalla propria esperienza personale? | □ SI | **□ NO** |
| Sa memorizzare e ripetere poesie e canzoncine? | □ SI | **□ NO** |
| Pronuncia correttamente tutti i suoni? | □ SI | **□ NO** |
| Se no, quali mancano?............................................................................................... |  |  |
| Il suo linguaggio è sempre comprensibile per le insegnanti? | □ SI | **□ NO** |
| Viene compreso dai pari? | □ SI | **□ NO** |
| Comprende le istruzioni date a voce? | □ SI | **□ NO** |
| Comprende le consegne anche se non supportate da mimica facciale e/o gestualità?  | □ SI | **□ NO** |
| Riesce a rispondere alle proposte senza la necessità di imitare i compagni? | □ SI | **□ NO** |
| Esegue una sequenza di almeno due comandi? | □ SI | **□ NO** |
| Ascolta, è interessato ad attività mediate dal linguaggio verbale (circle time)? | □ SI | **□ NO** |
| Ascolta brevi storie con supporto visivo? | □ SI | **□ NO** |
| Il bambino è esposto a un’altra lingua? |  |  |
| Se Sì, quale? …………………………… |  |  |
| Note……………………………………………………………………………….. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA COGNITIVA E DEI PREREQUISITI DEGLI APPRENDIMENTI**Presta sufficiente attenzione alle consegne verbali? | □ SI | **□ NO** |
| Sa associare/classificare per colore, forma e dimensione? | □ SI | **□ NO** |
| Compie semplici operazioni di seriazione? | □ SI | **□ NO** |
| Riconosce e denomina i colori principali? | □ SI | **□ NO** |
| Riconosce e copia semplici figure geometriche |  |  |
| (segni spazialmente orientati, cerchio, quadrato, triangolo…) | □ SI | **□ NO** |
| Sa riprodurre simboli grafici-lettere? | □ SI | **□ NO** |
| Sa scrivere il proprio nome in autonomia? | □ SI | **□ NO** |
| Sa enumerare? | □ SI | **□ NO** |
| Fino a? …………… |  |  |
| Sa confrontare quantità diverse? | □ SI | **□ NO** |
| Ha una buona capacità di eseguire semplici comandi che implicano |  |  |
| relazioni spaziali (alto/basso; sopra/sotto)? | □ SI | **□ NO** |

Note: ……………………………………………………………………………………………………………

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

**EVENTUALI TEST-OSSERVAZIONI EFFETTUATI IN AMBIENTE SCOLASTICO**

(segnalare il tipo di test, i criteri di riferimento per classe/età, il risultato e la figura professionale che ha effettuato/interpretato il test).

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

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

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

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

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

**Sezione 5 BENESSERE, SALUTE E CURA**

**5.1. (***benessere psicofisico; malattie/traumi importanti; il minore è in carico a un pediatra?; rapporto col cibo***)**

**IL BISOGNO DELLA SCUOLA**

* Indicare il bisogno rilevato dalla scuola in ordine alla gestione della situazione in esame e da quando si manifesta, se è stabile, in peggioramento...:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Indicare gli obiettivi a breve termine e a lungo termine che la scuola si propone di raggiungere:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Spazio riservato ad eventuali note aggiuntive:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

I sottoscritti genitori

1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ Autorizzano □ Non autorizzano**

L’istituto scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a supportare la famiglia nella gestione dell’iter previsto a seguito della consegna della scheda di Lettura del bisogno interfacciandosi al bisogno con il servizio di destinazione (Servizio minori e famiglie, Consultorio familiare, neuropsichiatria infantile)

Data

Firma