**ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **SCHEDA DI OSSERVAZIONE PER GLI ALUNNI CON DISABILITA’ DI NUOVO INGRESSO**

 **COLLOQUIO CON I GENITORI**

|  |
| --- |
|  **DATI ALUNNO/A** |
| Nome  |
| Cognome |
| Data di nascita   | Luogo di nascita |
| Indirizzo |
| **Recapiti telefonici madre**Cellulare: Lavoro:  | Casa: Altro:  |
| **Recapiti telefonici padre**Cellulare: Lavoro: | Casa: Altro: |
| Fratelli: |
| Altri riferimenti: |
|  **PERCORSO SCOLASTICO** |
| Scuola di provenienza |
| Indirizzo |
| Docenti  |
|  |
| Ha vissuto l’esperienza scolastica precedente in modo  | * POSITIVO
 | * ACCETTABILE
 | * PROBLEMATICO
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| Ha frequentato regolarmente | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| Rapporto scuola/famiglia   | * POSITIVO
 | * ACCETTABILE
 | * PROBLEMATICO
 |
| * ALTRO
 |
| Diagnosi |
| Familiarità |
| Terapie riabilitative in corso | Tipo di terapia (logopedia, psicomotricità…) |
| In quale struttura |
| Da quando |
| Nome terapista |
| Orari delle sedute |
| Terapia farmacologica |
| Allergie / Intolleranze |
| Dieta (sanitaria/etico-religiosa)  |
| Utilizza apparecchi acustici/occhiali/protesi |
| Figure di riferimento nella gestione della quotidianità |
| **AUTONOMIA PERSONALE** |
| **Manifesta i propri bisogni** | * FAME
 | * SETE
 | * SONNO
 |
| * CONTROLLO SFINTERICO
 | * ALTRO
 |
|  |
| **Sa masticare e deglutire**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Mangia in maniera autonoma**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
| **Utilizza le posate** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Beve in maniera autonoma** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Cibi che preferisce** |
|  |
| **Cibi che rifiuta** |
|  |
| **I cibi devono essere**  | * FRULLATI
 | * TRITATI
 | * INTERI
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Necessita di sostanze addensanti**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Dorme regolarmente** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **È autonomo negli spostamenti**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Si orienta nello spazio**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Si mette in situazioni di pericolo**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Ha atteggiamenti auto/etero lesionisti**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **È autonomo nella vestizione**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Collabora**  | * NELLA VESTIZIONE
 | * NEL CAMBIO
 | * NELLE ABILITÁ PRASSICHE (bottoni, cerniere, stringhe)
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **È autonomo nell’igiene personale**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Riconosce i propri indumenti/Oggetti personali**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
|  | * ALTRO
 |
|  |
| **Altri bisogni/esigenze** |
|  **Manifesta delle paure** |
|  **COMUNICAZIONE E LINGUAGGIO** |
| **Come comunica**  | * IN MODO SPONTANEO
 | * SOLLECITATO
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Tipologia di comunicazione**  | * VERBALE (suoni, parole, semplice frase, frase complessa)
 | * NON VERBALE (immagini, fotografie, gesti, disegni, simboli grafici, oggetti)
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Utilizza ausili tecnologici**  | * SI – QUALI ………………….
 | * NO
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Comprende semplici comandi**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Esegue semplici comandi**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  **RELAZIONE** |
| **Accetta il contatto corporeo**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Mantiene il contatto visivo con l’interlocutore** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Accetta la relazione con l’adulto**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Accetta la relazione con i pari** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Manifesta atteggiamenti aggressivi**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Partecipa ad attività in piccolo gruppo**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Tende ad isolarsi**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  **GIOCO**  |
| **Come gioca**  | * DA SOLO
 | * CON GLI ADULTI
 | * CON I PARI
 |
| * ALTRO
 |
|  |
|  **Quali attività/gioco**  **predilige** | * STARSENE SEDUTO
 | * CAMMINARE
 | * CORRERE
 |
| * SALTARE
 | * ASCOLTARE MUSICA
 | * DISEGNARE
 |
| * ATTIVITÁ MANIPOLATIVE
 | * DISPOSITIVI ELETTRONICI
 | * ALTRO
 |
|  **Quali attività/gioco rifiuta** |
|  |
| **Gioca per imitazione**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Partecipa ai giochi di gruppo** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Comprende le regole** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Rispetta le regole** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  **ABILITÁ DI BASE** |
|  **Si orienta nel tempo** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
|  **Si riconosce allo specchio** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
|  **Coordina i movimenti** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
|  **Sale e scende le scale**  | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
|  **Possiede manualità** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Disegna all’interno di un foglio** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Colora rispettando i contorni** | * SI
 | * NO
 | * IN PARTE
 |
| * ALTRO
 |
|  |
| **Altre abilità**  |
| **Informazioni utili da aggiungere** |
| **Data colloquio** |
| **Presenti** |
| **Scheda compilata da:** | **FIRMA:** |