**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:** | | |