



Ministero della Pubblica Istruzione
Istituto Comprensivo Statale "Marvasi" Rosarno - San
Ferdinando

Piazza Duomo n° 8 - 89025 Rosarno (RC) - C.M.: RCIC825005 - C.F.:
91006770803

☎ ☐: 0966/773550 - e-mail: rcic825005@istruzione.it

FOGLIO NOTIZIE

INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'ALUNNO

COGNOME

NOME

DATA

E LUOGO DI NASCITA

RESIDENTE DAL

(allegare certificato di residenza per coloro che non sono residenti nel Comune)

Iscrizione alla scuola: **PRIMARIA**

Circolo o Istituto **I.C. " MARVASI" ROSARNO- SAN FERDINANDO**

Classe

N. alunni

presenza in classe di altri alunni disabili N.

ore insegnante di appoggio richieste **300 ANNUE**

ore di frequenza previste **27 DI 60 MINUTI** (indicare se le ore sono espresse in 60 o 50 minuti modulari)

eventuali limitazioni dell'orario scolastico

PROVENIENTE DA:

- famiglia

- istituto.....*

- comunità.....*

- nido d'infanzia

- scuola dell'infanzia

- scuola

* = denominazione

OPERATORI CHE INTERVENGONO IN FAVORE DELL'ALLIEVO

Indicare nominativi se conosciuti:

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| - Psicologo | Bonarrigo Luigi |
| - Neuropsichiatra | |
| -Terapisti della riabilitazione | Tranfo Daniele |
| - Assistente sociale | La Face Caterina |
| - Educatore | // |
| - Altro | // |

NECESSITÀ INDIVIDUATE IN RELAZIONE AI BISOGNI DELL'ALLIEVO

SI **NO**

a) **Trasporto**

- mezzo specifico
- accompagnatore personale
- altro

- specificare

b) **Edificio Scolastico**

- aule piano terra
- aule specializzate
- se sì quali
- servizi igienici attrezzati
- altro
- se sì specificare

c) **Organizzazione scolastica e didattica**

- classe/sezione con n. ridotto di alunni
 - ausili tecnici
 - se sì, quali (specificare in modo analitico)
-
-

- laboratori
- specificare quali:

- gruppi di interesse
- specificare quali:

d) Terapie e riabilitazione in orario scolastico

- ha bisogno di seguire terapie farmacologiche
- ha bisogno di svolgere attività di riabilitazione

NECESSITÀ DI SUPPORTO:

SI

NO

AUTONOMIE

a) Personali (cura e igiene)

- Abbigliamento
- utilizzo del bagno
- consumo del pasto
- espressione dei propri bisogni primari
- orientamento nello spazio
- spostamento negli ambienti interni
- spostamento negli ambienti esterni
- (uscite, viaggi istruzione)

II BAMBINO NON E' AUTONOMO IN NESSUN AMBIENTE

b) Sociali

- conoscenza e rispetto delle regole
- conoscenza e riconoscimento di segnali convenzionali
- (es. indicazioni: bagno, uscita d'emergenza, ecc...)

c) Scolastiche

- cura degli oggetti e del materiale scolastico
- esecuzione di consegne
- permanenza in classe

ABILITÀ COMUNICATIVE

Comunicare e produrre messaggi:

- Verbali
- Non verbali
- Gestuali

Ricevere e comprendere messaggi:

- Verbali
- Non verbali
- Gestuali

CAPACITÀ RELAZIONALE

- riconoscere e rapportarsi al gruppo dei pari
- riconoscere e rapportarsi al gruppo degli adulti
- riconoscere e rapportarsi con l'ambiente

RICHIESTE:

- Personale educativo-assistenziale

n. ore settimanali richieste **12**

SI NO

- insegnanti con specializzazione:

- deficit psico-fisici
- deficit della vista
- deficit dell'udito

-eventuali altri operatori:

- collaboratori scolastici
- personale servizio civile volontario
- volontariato

- altre richieste (specificare)

ASSISTENTE EDUCATIVO

Data

Operatori U.M.D.

.....
.....
.....
.....
.....

Il Dirigente Scolastico

Nicolantonio Cutuli

Il sottoscritto, genitore/tutore del minore
....., autorizza ad inoltrare la presente
all'Ente locale per gli interventi di assistenza di competenza.

Firma del genitore

.....