



I.S.I.S. "L. da Vinci – G.R. Carli – S. de Sandrinelli"

Dirigenza e Sede amministrativa via Paolo Veronese, 3 - 34144 Trieste - Tel. 040 309210 - 040

313565 Sede di Via Armando Diaz, 20 - 34124 Trieste - Tel. 040 300744 - C.F. 80020660322

e-mail: tsis001002@istruzione.it - tsis001002@pec.istruzione.it - Sito web: www.davincicarli.edu.it

SCHEDA PASSAGGIO

L'ALUNNO

Cognome _____ Nome _____

Data _____ Luogo di Nascita _____

Residenza Comune _____

PROVENIENTE DA:

Scuola media _____

Docente sostegno che segue l'alunno _____

Educatore che segue l'alunno _____

ORE DI SOSTEGNO scuola media _____

ORE EDUCATIVE scuola media _____

Iscrizione prevista alla ns scuola INDIRIZZO _____

ore di frequenza previste _____

eventuali limitazioni dell'orario scolastico _____

TIPO DI PROGRAMMAZIONE CHE SEGUE (curricolare o differenziata) _____.

OPERATORI CHE SEGUONO L'ALLIEVO

(personale a cui mandare le convocazioni per le riunioni L104/92)

Indicare nominativi se conosciuti:

- Psicologo

- Neuropsichiatra

- Terapisti della riabilitazione
- Assistente sociale
- Altro

RICHIESTE per il prossimo anno scolastico:

- Personale educativo-assistenziale n. ore settimanali richieste _____
- insegnanti con specializzazione n. ore settimanali richieste _____
- N. Protocollo Verbale GLO di Verifica PEI o PEI Provvisorio
- per i comma3 modello in deroga

ATTUALE SITUAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE

- | | | |
|--------------------------------------|----|----|
| 1. <u>Certificazione</u> | sì | no |
| <u>gravità (art.3 comma3)</u> | sì | no |

2. Verbale Commissione INPS

- | | | |
|-----------------------|----|----|
| ● Già rinnovata | sì | no |
| ● In corso di rinnovo | sì | no |
| ● Consegnata a scuola | sì | no |
| ● Scadenza revisione | sì | no |
- data scadenza revisione

3. Profilo di Funzionamento

- | | | |
|-------------------|----|----|
| ● È stato redatto | sì | no |
|-------------------|----|----|

BREVE DESCRIZIONE DELL'ALUNNO

NECESSITÀ INDIVIDUATE IN RELAZIONE AI BISOGNI DELL'ALLIEVO

a) SPOSTAMENTO CASA – SCUOLA

- mezzo specifico
- accompagnatore (CHI?)
- altro specificare.....

b) Edificio Scolastico - esigenze particolari

- aule specializzate: se sì quali
- servizi igienici attrezzati
- altro: se sì specificare

c) Terapie e riabilitazione in orario scolastico

- ha bisogno di seguire terapie farmacologiche
- ha bisogno di svolgere attività di riabilitazione
- è celiaco/a

NECESSITÀ DI SUPPORTO:

AUTONOMIE

a) Personalì (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)
-

b) 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 _____

RACCORDO EXTRA SCOLASTICO

- GRUPPI ADO
- FORMAZIONE INTEGRATA CON ALTRI CENTRI
- ATTIVITÀ POMERIDIANE
- EDUCATORE EXTRASCOLASTICO