

**SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE ALLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Nome..... Cognome.....

luogo e data di nascita.....

indirizzo .....tel.....

classe attualmente frequentata.....

Durante il precedente ciclo scolastico si sono evidenziate delle difficoltà  si  no

.....  
.....

La frequenza scolastica è:  regolare  discontinua  sporadica

E' stato mai ripetente  si  no ha ripetuto la classe.....

Trasferimento da: .....

I rapporti con la famiglia sono  regolari  discontinui  sporadici

L'atteggiamento prevalente della famiglia nei confronti degli insegnanti è:

collaborativo  conflittuale  indifferente  altro:

.....

Provvedimenti del tribunale dei minori:

adozione  affido  collocamento in casa famiglia  altro

Seguito dal Servizio sociale:

si  no

Vive con:

entrambi i genitori  con il padre  con la madre   
altro.....

Percorso scolastico pregresso (Frequenza riferita alla scolarità pregressa):

Frequenza scarsa o saltuaria, caratterizzata da molte assenze ingiustificate, giustificate con ritardo o dietro ripetute sollecitazioni o non sempre validamente motivate  si  no

Assenze frequenti o per periodi prolungati ma regolarmente e validamente giustificate  si  no

Assenze nella norma  si  no

**AREE IN CUI SI EVIDENZIANO LE MAGGIORI DIFFICOLTA'**

- APPRENDIMENTO
- COMPORAMENTO
- LINGUAGGIO
- MOTRICITA'
- ALTRO

**BREVE RELAZIONE SULLE AREE MAGGIORMENTE PROBLEMATICHE**

**APPRENDIMENTO**

Rendimento scolastico, competenze linguistico espressive, logico-matematiche, di orientamento spazio/temporale, senso-percettive e motorie.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

-

---

---

—

---

---

-

---

---

—

---

---

-

**SOCIALIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI**

Atteggiamenti e comportamenti con coetanei, adulti e ambiente.

---

---

---

—

---

---

-

---

---

---

—

---

---

-

---

---

---

—

---

---

-

---

---

---

—

---

—

### **AUTONOMIA PERSONALE**

Deambulazione, uso dei servizi igienici, cura della persona, alimentazione, iniziative personali rispetto a spazi, strumenti, tempi, attività libere...

---

---

—

---

---

—

---

---

—

---

---

—

---

---

—

---

---

—

### **AMBITO MOTIVAZIONALE**

Motivazione, interesse, impegno, attenzione, autonomia, metodo di studio...

---

---

—

---

---

—

---

---

—

Griglia utilizzata per l'osservazione

(legenda: 0=nessun problema 1=problema lieve 2=problema medio 3=problema grave 4=problema completo)

**AREA DEGLI APPRENDIMENTI**

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Lettura: Fluenza e correttezza					
Lettura: Comprensione del testo					
Scrittura: Grafia					
Scrittura: Ortografia					
Matematica: Calcolo					
Matematica: Soluzione dei problemi					
Lingua straniera: comprensione all'ascolto					
Lingua straniera; comprensione alla lettura					
Lingua straniera: produzione orale					
Comprensione di fatti e fenomeni: storici					
Comprensione di fatti e fenomeni: geografici					
Coordinazione motoria					
Motricità fine					

**AREA DEL COMPORTAMENTO E DELLE RELAZIONI**

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Motivazione					
Attenzione					
Partecipazione alla vita della classe					
Relazioni tra pari					
Relazioni con l'adulto					
Rispetto delle regole					
Impegno scolastico					
Metodo di studio					
Autonomia ed efficacia nell'affrontare lo studio					

**PUNTI DI FORZA DELL'ALUNNO**

---

---

---

---

**STRUMENTI UTILIZZATI PER L'OSSERVAZIONE**

---

---

---

---

**MOTIVO DELLA RICHIESTA/SEGNALAZIONE**

---

---

---

---

**Il Consiglio di classe**

...../.....

**I docenti del G.O.S.P.**

...../.....  
...../.....  
...../.....  
...../.....  
...../.....

.....  
.....

**Data.....**

**Il Dirigente Scolastico**

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di genitore/responsabile dell'alunno sopra indicato, avendo preso visione della scheda di segnalazione redatta dall'equipe pedagogica,

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati in conformità a quanto stabilito dal D.M. 30506 e la trasmissione degli stessi al Servizio di Neuropsichiatria Infantile territorialmente competente.

.....

**Firma dei genitori o di chi ne fa le veci**

.....