



Nome dell'alunno:

Data:

<b>Motricità</b>		
Ha notato difficoltà motorie nell'alunno?	Si	No
È in grado di deambulare autonomamente?	No	Si
Richiede assistenza fisica?	Si	No
È in grado di utilizzare tutti gli arti?	No	Si

<b>Motricità fine</b>		
Ha notato difficoltà nella motricità fine dell'alunno?	Si	No
È in grado di compiere azioni che richiedono una fine motricità? (Es. mangiare con le posate, abbottonarsi, tenere in mano una penna)	No	Si
Capita frequentemente che gli cadano oggetti dalle mani o che abbia difficoltà di prensione?	Si	No

<b>Motricità orale</b>		
Ha problemi di alimentazione?	Si	No
Ha problemi respiratori?	Si	No

<b>Ambito sensoriale</b>		
Ha problemi in ambito sensoriale	Si	No
Ha comportamenti di tipo ripetitivo? Stereotipie?	Si	No
Ha dei deficit visivi, uditivi o negli altri sensi?	Si	No
L'alunno è sovra-stimolato da luci, suoni o confusione?	Si	No

Nome dell'alunno:

Data:

<b><i>Ambito percettivo/recettivo</i></b>		
Ha difficoltà nell'udire i suoni o nel comprendere il parlato?	Si	No
L'alunno comprende o reagisce a quello che gli viene detto?	No	Si

<b><i>Ambito espressivo/comunicativo</i></b>		
Ha notato se l'alunno ha difficoltà/deficit linguistico-comunicativi?	Si	No
Comunica verbalmente? <i>Se no, indicare la modalità comunicativa:</i>	No	Si
Si fa facilmente comprendere dalle altre persone?	No	Si
Utilizza forme di comunicazione idiosincratiche? (creazioni linguistiche personali o ristrette ad un certo ambito, neologismi ecc.. )	Si	No

<b><i>Ambito cognitivo</i></b>		
Sono presenti deficit o difficoltà cognitive? Di che entità? ( grave-medio,ecc)	Si	No
Qual è la sua età mentale?		

<b><i>Ambito emozionale</i></b>		
Ha notato se l'alunno ha difficoltà sul piano emotivo?	Si	No
Mostra le sue emozioni in modo adeguato?	No	Si
Entra in collera o si arrabbia facilmente?	Si	No
Ha sofferto di traumi emozionali o recenti cambiamenti nella sua vita?	No	Si

Nome dell'alunno:

Data:

<b>Ambito sociale</b>		
Ha difficoltà a livello sociale?	Si	No
Fa parte di un gruppo di coetanei?	No	Si
Partecipa a conversazioni o gioca con altri?	No	Si
Ha delle difficoltà a livello sociale nell'ambiente scolastico o in altri ambienti di vita?	Si	No

Quali obiettivi si intendono perseguire?

Obiettivi educativi	Obiettivi didattici generali

Vi sono altre cose da aggiungere che non sono state trattate?

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

Note:



Nome dell'alunno:

Data:

---

***Sommario della presa in carico***

*Segnare i domini appropriati (che si intendono implementare) in base alle informazioni raccolte e agli obiettivi indicati nel PEI*

- Motricità
- Motricità fine
- Motricità orale
- Ambito sensoriale
- Ambito percettivo/recettivo
- Ambito espressivo/comunicativo
- Ambito cognitivo
- Ambito emozionale
- Ambito sociale

*Si richiede di allegare alla presente gli obiettivi educativi e didattici individuati per il corrente anno scolastico*

Firma: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

