



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE  
U.O.S.D. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

### SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER LA SCUOLA PER L'ALUNNO CON DISTURBI DI APPRENDIMENTO

La richiesta va compilata dall'insegnante prevalente di classe, dopo averne discusso con il team docenti.

Le notizie raccolte in questo modulo sono **dati riservati ai sensi della L. 196/03**

La compilazione e l'inoltro devono essere comunicati alla famiglia del minore interessato, che sottoscriverà consenso informato.

Scuola \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Nella classe è presente Insegnante di Sostegno?  sì

#### DATI DEL MINORE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Residenza-----

Composizione del nucleo familiare:

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Fratelli o altri conviventi \_\_\_\_\_

In Italia dal \_\_\_\_\_ A contatto con lingua italiana dal \_\_\_\_\_

Paese di avvio della scolarizzazione \_\_\_\_\_

Scuole frequentate in Italia \_\_\_\_\_

Lingua parlata in famiglia e con il bambino \_\_\_\_\_



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE  
U.O.S.D. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

	MADRE	PADRE	BAMBINO
PAESE DI ORIGINE			
MADRELINGUA			

Altre eventuali figure di riferimento del bambino o della famiglia che hanno relazioni con la scuola  
(educatori, volontari, ...) \_\_\_\_\_

### DATI DEGLI INSEGNANTI

Da quanto tempo l'insegnante segue la classe?.. \_\_\_\_\_

Da quanto tempo l'alunno è inserito nella classe? \_\_\_\_\_

L'alunno è ripetente?  sì  no Quali classi ha ripetuto? \_\_\_\_\_

Quanto tempo l'alunno rimane a scuola? (specificare se frequenta il pre o post scuola, il tempo normale, il tempo pieno o prolungato, le attività integrative) \_\_\_\_\_

Per l'alunno è già stata richiesta altra consulenza  sì  no

A chi? \_\_\_\_\_

Con quali motivazioni? \_\_\_\_\_

Risorse e/o interventi già attivati in ambito scolastico a favore del bambino nel tentativo di risolvere il problema \_\_\_\_\_

Risorse e/o interventi già attivati in ambito extrascolastico a favore del bambino nel tentativo di risolvere il problema di cui si è a conoscenza \_\_\_\_\_



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE  
U.O.S.D. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

### MOTIVO DELL'INVIO

Motivi principali per i quali viene richiesta la consulenza \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

Quali sono i punti di forza del bambino? \_\_\_\_\_

---



---



---



---

### RAPPORTI SCUOLA-FAMIGLIA

Esistono rapporti regolari tra i familiari e gli insegnanti?  si  no

Di che tipo? \_\_\_\_\_

---



---

Con quale frequenza? \_\_\_\_\_

### PROFILO PSICO-PEDAGOGICO

#### **AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE**

Rapporto con i compagni \_\_\_\_\_

---



---



---



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE  
U.O.S.D. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Rapporto con gli adulti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aspetti significativi del comportamento (passività, aggressività, accettazione di limiti e regole ...)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AREA LINGUISTICA E DELLA COMUNICAZIONE**

Comprensione del linguaggio verbale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Produzione verbale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Utilizzo di modalità comunicative non verbali (gesti, mimica, linguaggio del corpo ....)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE  
U.O.S.D. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Si è a conoscenza di ritardo o difficoltà dello sviluppo del linguaggio nella lingua madre?

---



---



---

Il bambino confonde le due lingue quando parla? \_\_\_\_\_

---



---



---

#### AREA COGNITIVA E DELL'APPRENDIMENTO

Gioco e grafismo \_\_\_\_\_

---



---



---

Lettura e scrittura \_\_\_\_\_

---



---



---

Tipologia di errori rilevati. Specificare se:

- scambia/omette/aggiunge lettere e quali \_\_\_\_\_
- ha difficoltà a separare le parole \_\_\_\_\_
- ha difficoltà nell'uso dei diversi caratteri \_\_\_\_\_
- ha difficoltà nell'uso della punteggiatura \_\_\_\_\_
- ha difficoltà di orientamento spaziale nel foglio \_\_\_\_\_



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE  
U.O.S.D. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Capacità logico-matematiche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apprendimenti curriculari \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Capacità di attenzione, concentrazione e memoria \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AREA MOTORIO-PRASSICA (COORDINAZIONE, ORIENTAMENTO, EQUILIBRIO)**

Motricità globale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motricità fine \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA INSEGNANTI**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_