ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO
M. CARLUCCI - BARAGIANO—BALVANO RUOTI

Via Garibaldi 63, 85050, Baragiano PZ - 0971997142 - pzic82400q@istruzione.it - pzic82400q@pec.istruzione.it - www.comprensivobaragiano.edu

C.F. 80005990769 - C.M. PZIC82400Q - C.U.F. UF8SAY

All'ASP di Potenza_____
Alla dott.ssa_____

- ❑ Nuova segnalazione
- ❑ Richiesta di rinnovo

Relazione descrittiva dell'alunno

……..

Ai sensi dell'art.3 e art 12 della L.104/92 e del DPCM 185/2006, valida per l'integrazione scolastica
Si segnala l'alunno/a sotto indicato per gli approfondimenti di competenza.

Cognome		nome	
Luogo di nascita		data	
Indirizzo (via, Comune)		Tel.	

INDIRIZZO DEI GENITORI (obbligatorio):

PADRE_____via,_____comune_____
_____CAP_____e-mail_____
MADRE_____via,_____comune_____
_____CAP_____e-mail_____

L'alunno/a frequenta:

☐ Scuola infanzia (denom.e indirizzo)……..

Sezione relativa agli anni: 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

☐ Scuola primaria ☐ Scuola secondaria I° grado

Denominazione e indirizzo _____

Classe…….sez…… per ore settimanali…….. con n° rientri pomeridiani……

con presenza a mensa : SÌ ☐ ☐ per n. volte_____

figure di supporto già assegnate all'alunno _____

AUTONOMIA PERSONALE

(deambulazione, uso dei servizi igienici, cura della persona, alimentazione; iniziative personali rispetto a spazi, strumenti, tempi, attività libere…)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

APPRENDIMENTO

(Rendimento scolastico, competenze senso-percettive e motorie, espressive, di orientamento spazio/temporali, linguistiche, logico-matematiche…)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

SOCIALIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI

(atteggiamenti e comportamenti con coetanei e adulti. Motivazione, interesse rispetto alle attività)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

ALTRI ASPETTI SIGNIFICATIVI RILEVATI

……
……

Via Garibaldi 63, 85050, Baragiano PZ - 0971997142 - pzic82400q@istruzione.it - pzic82400q@pec.istruzione.it - www.comprensivobaragiano.edu
C.F. 80005990769 - C.M. PZIC82400Q - C.U.F. UF8SAY

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Data _____

I docenti dell'alunno

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

I genitori dell'alunno
(firma obbligatoria di entrambi i genitori)

il Dirigente Scolastico

_____ _____

_____

I sottoscritti genitori/tutori autorizzano gli operatori Aulss a comunicare alla scuola la data della prima visita con lo specialista che avvia la valutazione a favore del/la proprio/a figlio/a.

I genitori dell'alunno
(firma obbligatoria di entrambi i genitori)

_____

_____