**ISTITUTO COMPRENSIVO**

**ALDENO-MATTARELLO**

**REGISTRO PERSONALE**

**(PER CHI NON UTILIZZA QUELLI FORNITI IN SEGRETERIA)**

**DOCENTE:**

**ALUNNO:**

**Anno scolastico 20 -20**

**NOTIZIE ALUNNO**

**(COMPILARE E INSERIRE NEL REGISTRO UTILIZZATO)**

Alunno/a..................................................................................

Nato/a a ....................................... il ..............................

residente a .............................Via ............................n ...........

Tel. .....................................................................................

Classe ................................. sezione .......................................

Anno di certificazione ..............................

Tempo scuola frequentato(ore settimanali) n. ore ..........................

Frequenza scolastica: *saltuaria ˜ regolare ˜*

**TIPOLOGIA DEFICIT** (desunta dalla certificazione)

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

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

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

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

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

**CONTESTO SOCIO-FAMILIARE**

**PADRE**: ...............................................................................

**MADRE**: ................................................................................

**SORELLE/FRATELLI: ....................................................................**

- Il pomeriggio frequenta altre strutture/servizi? *Si ˜ No* *˜*

Se sì, quali? .............................................................................................

**OPERATORI DEL SERVIZIO SOCIO – SANITARIO**

**(neuropsichiatra, psicologo, assistente sociale, educatori ecc.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME NOME | QUALIFICA | TELEFONO-RECAPITI |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**EVENTUALI TERAPIE IN CORSO**

L’alunno è in terapia? Si No

Tot. ore sett. Luogo

Tipo di intervento:

Logopedia................................................................................

Psicomotricità............................................................................

Fisioterapia...............................................................................

Altro.......................................................................................

Gli interventi si svolgono in orario scolastico? Si *˜* No

Attività riabilitative svolte a scuola: n. ore ........................

Attività riabilitative svolte fuori dalla scuola n. ore ........................

**DIAGNOSI FUNZIONALE,PROFILO DINAMICO FUNZIONALE e PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

Depositati in segreteria