**ISTITUZIONE SCOLASTICA**

***ISTITUTO COMPRENSIVO “VIA PIAVE” - MORROVALLE (MC)***

**All’UMEE ASUR AV3 Distretto di Civitanova Marche (MC)**

1. **QUADRO DI RIFERIMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMINATIVO** |  |
| **LUOGO DI NASCITA** |  |
| **DATA DI NASCITA** |  |
| **RESIDENZA** |  |
| **\* se straniero**  **DA QUANTO TEMPO È IN ITALIA** |  |

1. **INFORMAZIONI SULL’ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORDINE DI SCUOLA FREQUENTATO** | * **Secondaria I° Grado** | | |
|  |  | **Numero alunni** |  |
| **HA RIPETUTO LA/E CLASSE/I** |  | | |
| **TEMPO SCUOLA** | * **Tempo a modulo/normale** | | |

1. **DESCRIZIONE SINTETICA**

**(Compilare tutti i campi)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Problematiche rilevate** | **Punti di forza** |
| **AREA COGNITIVA/**  **NEUROPSICOLOGICA**  (Attenzione, Memoria, Logica) |  |  |
| **AREA AFFETTIVO/**  **RELAZIONALE**  **(Autostima, Rapporto con gli altri, Comportamento)** |  |  |
| **AREA MOTORIO/PRASSICA** |  |  |
| **AREA LINGUISTICO/**  **COMUNICAZIONALE**  (Comprensione, Produzione) |  |  |
| **AREA AUTONOMIA**  (Personale, Sociale, Didattica) |  | |
| **AREA APPRENDIMENTI**  (Lettura, Scrittura, Calcolo/Problem Solving) |  |  |

1. **SONO STATI COINVOLTI ALTRI CENTRI/OPERATORI SANITARI?**

**(Se SÌ, specificare nominativo, qualifica operatori e data)**

1. **REDATTORI DELLA RELAZIONE SINTETICA DI OSSERVAZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME E COGNOME** | **QUALIFICA** | **FIRMA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**IL DIRIGENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I GENITORI DELL’ALUNNO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_