# Alunno/a

 **SCHEDA INFORMATIVA DELLA SCUOLA DELL’INFANZIA**

 **PER LA CONSULTAZIONE DIAGNOSTICA**

**C/O IL SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Nome.............................................................................................................

Cognome.......................................................................................................

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

Residente a ............................................. via ................................................

Telefono casa ........................................ cell. madre ............................................

Cell. padre......................................................

# Scuola

Scuola ............................................................. I. C. ........................................

Comune ............................................. Telefono ..............................................

Insegnanti (nome, cognome) ...........................................................................

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

Referente per le difficoltà scolastiche: Simona Maironi

Dirigente Scolastico: prof. Massimo Potenza

Motivo della richiesta di valutazione presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile

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

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

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

**SCHEDA INFORMATIVA DELLA SCUOLA**

Pregresse esperienze scolastiche

Ha frequentato il Nido? ...................................................................................

Specificare eventuali cambi di sede scolastica dell’alunno/a:

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

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

Attuale esperienza scolastica

Orario scolastico settimanale ..........................................................................

Numero degli alunni nella classe ......................................................................

Insegnante di riferimento .................................................................................

Regolarità nella frequenza da parte dell’alunno/a ...........................................

Mangia in mensa ..............................................................................................

Dorme a scuola .................................................................................................

Situazione attuale

Problematica principale ....................................................................................

Epoca di insorgenza ..........................................................................................

Aspetti associati o secondari ............................................................................

Ambienti e situazioni in cui si verificano ...........................................................

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

Dinamica della classe ........................................................................................

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

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

Collaborazione tra insegnanti e genitori ..........................................................

Interventi già effettuati dalla scuola:

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

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

Situazione familiare o sociale comunicata dalla famiglia alla Scuola:

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

Conoscenza da parte degli insegnanti di precedenti percorsi sanitari, pedagogici (area NPI- riabilitativa) dell’alunno/a in sede pubblica o privata

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

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

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

# PROFILO DELL’ALUNNO/A

**AREA EMOTIVO-COMPORTAMENTALE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si separa facilmente dalla figura genitoriale? Si adegua alle situazioni nuove?Sa adeguarsi alle regole di convivenza sociale?Ha la capacità di portare a termine un’attività | SI □SI □SI □SI □ | NO NO NONO | □□□□ |
| in tempi adeguati senza essere frequentemente sollecitato? |  |  |  |
| Ha la capacità di portare a termine un’attività | SI □ | NO | □ |
| in tempi adeguati senza interrompersi? |  |  |  |
| Tollera il cambio di attività/proposte? | SI □ | NO | □ |
| Sa accettare ritardi nella gratificazione? | SI □ | NO | □ |
| Si comporta in modo impulsivo? | SI □ | NO | □ |
| Se si, in quali occasioni? ...................................................... |  |  |  |
| Necessita di conferme e rassicurazioni continue? | SI □ | NO | □ |

# Il rapporto con i compagni:

Come si relaziona con i compagni ......................................................................

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Partecipa in modo attivo nelle relazioni e nel gioco? | SI □ | NO | □ |
| Sa cooperare con i compagni? | SI □ | NO | □ |
| E’ tendenzialmente passivo? | SI □ | NO | □ |
| Tende a isolarsi? | SI □ | NO | □ |
| Ha comportamenti aggressivi? | SI □ | NO | □ |
| **Di fronte alle difficoltà:**Ha scoppi di rabbia rivolti verso altri o verso se stesso? | SI □ | NO | □ |
| Chiede aiuto? | SI □ | NO | □ |
| Abbandona? | SI □ | NO | □ |
| Risponde a caso? | SI □ | NO | □ |
| Piange? | SI □ | NO | □ |

# Nei confronti dell’insegnante

Come si comporta nei confronti dell’insegnante e principalmente in quale situazione........................................................................................................

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

# AREA DELLE AUTONOMIE PERSONALI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E’ capace di orientarsi nello spazio della scuola?E’ autonomo nel riconoscere e gestire le proprie cose | SI □SI □ | NONO | □□ |
| e il proprio spazio assegnato? |  |  |  |
| Ha raggiunto il controllo sfinterico? | SI □ | NO | □ |
| E’ in grado di organizzarsi da solo in bagno? | SI □ | NO | □ |
| Mangia da solo in modo adeguato? | SI □ | NO | □ |
| Ha difficoltà di addormentamento? | SI □ | NO | □ |
| Sa soffiarsi il naso? | SI □ | NO | □ |
| Sa vestirsi e svestirsi da solo? | SI □ | NO | □ |

Note: ...................................................................................................................

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

# AREA DELLE ABILITA’ MOTORIO-PRASSICHE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ha una buona coordinazione generale nei movimenti (correre, salire e scendere le scale, saltare...)? | SI □ | NO | □ |
| Ha una buona capacità nei compiti di motricità fine: ritagliare, colorare...? | SI □ | NO | □ |
| Sa utilizzare adeguatamente lo spazio del foglio | SI □ | NO | □ |
| quando disegna o scrive? |  |  |  |
| Riesce a copiare segni spazialmente orientati? | SI □ | NO | □ |

Disegna la figura umana? SI □ NO □

Usa preferenzialmente una delle due mani? SI □ NO □

Se si, quale? ................................................

Note: ......................................................................................................................

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

# Gioco

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Partecipa volentieri all’attività corporea/senso-motoria? | SI □ | NO | □ |
| E’ presente gioco di finzione? | SI □ | NO | □ |
| Porta a termine un gioco? | SI □ | NO | □ |
| Sposta frequentemente il focus di attenzione anche nel gioco spontaneo? | SI □ | NO | □ |

Gioca prevalentemente: da solo, in coppia, in piccolo gruppo ..............................

Nel gioco condiviso assume prevalentemente ruolo di: leader positivo, gregario, rinunciatario ...........................................................................................................

Note: .......................................................................................................................

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

# AREA LINGUISTICA

Usa il linguaggio verbale per comunicare? SI □ NO □

Se no, quale modalità comunicativa utilizza? ......................................................

Si esprime correttamente usando frasi adeguate all’età? SI □ NO □

Il vocabolario appare adeguato all’età? SI □ NO □

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sa raccontare in modo chiaro e coerente un fatto | SI □ | NO | □ |
| Tratto dalla propria esperienza personale? |  |  |  |
| Sa memorizzare e ripetere poesie e canzoncine? | SI □ | NO | □ |
| Pronuncia correttamente tutti i suoni? | SI □ | NO | □ |
| Se no, quali mancano? ......................................................................................... |
| Il suo linguaggio è sempre comprensibile? | SI □ | NO | □ |
| Comprende le istruzioni date a voce? | SI □ | NO | □ |
| Anche se non supportate da mimica facciale-gestualità? | SI □ | NO | □ |
| E’ in grado di eseguire una sequenza | SI □ | NO | □ |
| di almeno due comandi? |  |  |  |
| Ascolta, è interessato ad attività mediate | SI □ | NO | □ |
| dal linguaggio verbale (circle time)? |  |  |  |
| Il bambino è esposto a un’altra lingua? | SI □ | NO | □ |

Se Sì, quale? .......................................................................................................

Note: ..................................................................................................................

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

# AREA COGNITIVA E DEI PREREQUISITI DEGLI APPRENDIMENTI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Presta sufficiente attenzione alle consegne verbali? | SI □ | NO | □ |
| Discrimina uditivamente suoni simili nelle parole? | SI □ | NO | □ |
| Sa associare/classificare per colore, forma e dimensione? | SI □ | NO | □ |
| Compie semplici operazioni di seriazione? | SI □ | NO | □ |
| Riconosce e denomina i colori principali? | SI □ | NO | □ |

Riconosce e copia semplici figure geometriche SI □ NO □

(segni spazialmente orientati, cerchio, quadrato, triangolo...)

Sa riprodurre simboli grafici-lettere? SI □ NO □

Sa scrivere il proprio nome? SI □ NO □

Sa enumerare? SI □ NO □

Fino a? .......................

Sa confrontare quantità diverse? SI □ NO □ Ha una buona capacità di eseguire semplici comandi SI □ NO □ che implicano relazioni spaziali (alto/basso; sopra/sotto)?

Note: ...................................................................................................................

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

# EVENTUALI TEST-OSSERVAZIONI EFFETTUATI IN AMBIENTE SCOLASTICO

(segnalare il tipo di test, i criteri di riferimento per classe/età, il risultato e la figura professionale che ha effettuato/interpretato il test)

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

**NOTE AGGIUNTIVE** ...................................................................................................

Data ...............................................

Firme degli insegnanti

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

………………………………………………………………………………………………………………………………..

Firma del referente per le difficoltà scolastiche ..........................................................

Firma del Dirigente Scolastico ......................................................................................

N.B. Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622 C.P.).

Il presente atto va conservato all’interno del Fascicolo personale con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano del caso.