SCHEDA OSSERVAZIONE INVIO SCUOLA- ASL

SCUOLA INFANZIA…………………………….. I.C………………………………………………….

|  |
| --- |
|  **MOTIVO DELLA RICHIESTA**  |
| * **DIFFICOLTA’ DI LINGUAGGIO**
* **DIFFICOLTA’COMPORTAMENTALI**
* **DIFFICOLTA’ MOTORIE**
* **ALTRO :………………………………….**
 |
| **DATI ALUNNO (NOTIZIE DAI GENITORI)** |  |
| COGNOME E NOME |  |
| DATA DI NASCITA |  |
| NAZIONALITA’ |  |
| INDIRIZZO |  |
| ALTRO ( SERVIZI SOCIALI, ALTRI SERVIZI,TRASFERIMENTI,..) |  |
| **DATI FAMIGLIA(NOTIZIE DAI GENITORI)** |  |
| COGNOME E NOME PADRE |  |
| LAVORO : |  |
|  COGNOME E NOME MADRE |  |
| LAVORO: |  |
| GENITORI SEPARATI ( INDICARE SI/NO E DIRE SE SI SONO COSTRUITE NUOVE FAMIGLIE) |  |
| COGNOME E NOME FRATELLI/SORELLE |  |
| COGNOME E NOME FRATELLI/SORELLE |  |
| CASI IN FAMIGLIA DI DSA,DVA,ECC |  |
| IL BAMBINO VIVE IN CASA CON I NONNI |  |
| IL BAMBINO HA UN RAPPORTO PRIVILEGIATO CON (NONNI, MAMMA…) |  |
| IN FAMIGLIA HA COMPORTAMENTI DA LEADER/ GREGARIO ED E’ /NON E’ AGGRESSIVO/PASSIVO |  |
| NON ACCETTA LE REGOLE DATE DAI GENITORI |  |
| ACCETTA IL NO E TOLLERA LE FRUSTRAZIONI |  |
| ALTRO |  |
| **POSSIBILE BILINGUISMO (NOTIZIE DAI GENITORI)** |  |
| LINGUE PARLATE DAI GENITORI / FRATELLI A CASA |  |
| MADRE |  |
| PADRE |  |
| FRATELLI |  |
|  **NOTIZIE DAI GENITORI** | ETA’ | ( INDICARE PERIODO ED EVENTUALI OSSERVAZIONI) |
| ETA’ IN CUI HA INIZIATO A CAMMINARE |  |  |
| ETA’ IN CUI HA INIZIATO A PARLARE |  |  |
| ETA’ IN CUI E’ INIZIATO IL CONTROLLO DEGLI SFINTERI |  |  |
|  **PRIMA DEI 3 ANNI/ OGGI**  | SI/NO | ( INDICARE SI’/NO ED EVENTUALI OSSERVAZIONI) |
| HA FREQUENTATO IL NIDO |  |  |
|  E’ STATO ACCUDITO DAI NONNI ( LO E’ ANCORA ,..) |  |  |
|  E’ STATO ACCUDITO DA UNA BABY SITTER ( LO E’ ANCORA,…) |  |  |
| E’ STATO ACCUDITO DA UN PARENTE /AMICI ( LO E’ ANCORA) |  |  |
| ALTRO (TRASFERIMENTI,…) |  |  |
| **INSERIMENTO/FREQUENZA SCUOLA INFANZIA** |  |  |
|  INDICARE QUANTO E’ DURATO |  |  |
| IL BAMBINO ERA SERENO E NON PIANGEVA |  |  |
| IL BAMBINO PIANGEVA SENZA CALMARSI  |  |  |
| IL BAMBINO PIANGEVA SOLO ALL’ALLONTANARSI DEL GENITORE/ NONNI |  |  |
| IL BAMBINO PIANGEVA PIU’ VOLTE DURANTE IL GIORNO |  |  |
| LA FREQUENZA DELLA SCUOLA :COSTANTE, SALTUARIA,… |  |  |
| ALTRO |  |  |
| **PRESENZA MALATTIE -ASSUNZIONE FARMACI** | SI/NO | ( INDICARE SI’/NO E SPECIFICARE QUALI E PERCHE’) |
| ASSUME FARMACI PARTICOLARI CHE DEVONO ESSERE SOMMINISTRATI A SCUOLA |  |  |
| PRESENTA PATOLOGIE |  |  |
| PRESENTA DEFICIT SENSORIALI |  |  |
| INTERVENTI RILEVANTI |  |  |
| ALTRO |  |  |
| **AUTONOMIE** | SI/NO | ( INDICARE SI’/NO E DESCRIVERE) |
| CONTROLLA GLI SFINTERI  |  |  |
| MANGIA DA SOLO TUTTO |  |  |
| MANGIA SOLO SE IMBOCCATO |  |  |
| MANGIA SOLO CON IL BIBERON |  |  |
| MANGIA DA SOLO MA ESCLUSIVAMENTE ALCUNI CIBI |  |  |
| MANGIA SOLO SE IMBOCCATO |  |  |
| DORME DA SOLO MA VUOLE IL CIUCCIO |  |  |
| DORME DA SOLO E NON PRENDE IL CIUCCIO |  |  |
| DORME DA SOLO E SI ADDORMENTA CON ………. |  |  |
| DORME NEL LETTONE |  |  |
| DORME NELLA STANZA CON I GENITORI |  |  |
| DORME INSIEME AL FRATELLO/ALLA SORELLA |  |  |
| SI VESTE DA SOLO |  |  |
| ALTRO |  |  |
| COORDINAZIONE | SI/NO | ( INDICARE SI’/NO E DESCRIVERE LA SITUAZIONE ATTUALE) |
|  MANUALITA’ FINE ADEGUATA ALL’ETA’ |  |  |
|  MANO DESTRA DOMINANTE  |  |  |
| COORDINAZIONE MOTORIA ADEGUATA ALL’ETA’ |  |  |
| PRASSIE SEMPLICI E COMPLESSE |  |  |
| CAMMINA IN MODO COORDINATO |  |  |
| SALTA IN MODO COORDINATO |  |  |
| CORRE IN MODO COORDINATO |  |  |
| GATTONA ( HA GATTONATO) |  |  |
| SA PEDALARE |  |  |
| ALTRO |  |  |
| LINGUAGGIO E COMPRENSIONE  | SI/NO | DESCRIVERE LA SITUAZIONE ATTUALE |
| USA LINGUAGGIO VERBALE E NON VERBALE PER COMUNICARE |  |  |
| USA IL LINGUAGGIO SOLO PER ESPRIMERE I PROPRI BISOGNI |  |  |
| USA PRINCIPALMENTE LA PAROLA FRASE (INDICARE IL TIPO DI FRASE USATA PRINCIPALMENTE DAL BAMBINO) |  |  |
| USA SOLO I GESTI |  |  |
| NON COMUNICA |  |  |
| POSSIEDE UNA CONOSCENZA LESSICALE ADEGUATA ALL’ETA’ |  |  |
| PRONUNCIA BENE TUTTE LE LETTERE |  |  |
| COMPRENDE IL LINGUAGGIO |  |  |
| PARLA UN’ALTRA LINGUA (SPECIFICARE QUALE) |  |  |
| ALTRO |  |  |
| MEMORIA E ATTENZIONE  | SI/NO | DESCRIVERE  |
| RICORDA QUANTO ASCOLTATO A BREVE TERMINE |  |  |
| RICORDA QUANTO ASCOLTATO A LUNGO TERMINE |  |  |
| RICORDA IL LUOGO DEGLI OGGETTI |  |  |
| RICORDA IL PROPRIO VISSUTO (E LO RACCONTA) |  |  |
| RICORDA CANZONCINE, FILASTROCCHE, ECC |  |  |
| PRESTA ATTENZIONE A CHI GLI PARLA |  |  |
| PRESTA ATTENZIONE ALL’AMBIENTE ( OGGETTI, PERICOLI,…) |  |  |
| MANIFESTA FASTIDIO A QUALSIASI RUMORE |  |  |
| ALTRO |  |  |
| RELAZIONE /GIOCO /COMPORTAMENTO | SI/NO | DESCRIVERE |
| SI ISOLA  |  |  |
| VIENE ISOLATO |  |  |
| USA LO SGUARDO PER RELAZIONARSI |  |  |
| SI RELAZIONA CON ADULTI E COETANEI  |  |  |
| SI RELAZIONA DA LEADER CON I COMPAGNI (SCEGLIE IL GIOCO, INVITA GLI ALTRI,ECC) |  |  |
| SI RELAZIONA SOLO CON ALCUNI COMPAGNI |  |  |
| USA IL GIOCO SIMBOLICO, GIOCA DA SOLO, GIOCA IN GRUPPO,… |  |  |
| ASCOLTA L’INSEGNANTE E RISPETTA LE REGOLE DATE |  |  |
| ACCETTA IL NO E TOLLERA LE FRUSTRAZIONI |  |  |
| CHIEDE AIUTO |  |  |
| SI FA CONSOLARE |  |  |
| USA PROBLEM SOLVING NELLE VARIE ATTIVITA’ |  |  |
| ALTRO |  |  |
| **DOCENTI DI RIFERIMENTO** |  |  |
| COGNOME E NOME REFERENTE BES  |  |  |
| COGNOME E NOME INSEGNANTE |  |  |

LUOGO E DATA IL TEAM

 ---------------------------------------------------------

 ----------------------------------------------------------

 GENITORI

 --------------------------------------------------------

 ---------------------------------------------------------