

UOC Tutela Salute Mentale Riabilitazione
Eta' Evolutiva e Disabili Adulti

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE
PER VALUTAZIONE DIAGNOSTICA AL SERVIZIO T.S.M.R.E.E.**

MUNICIPIO _____ ZONA TERRITORIALE _____ ISTITUTO _____

Grado di Scuola _____ Classe _____ Sez. _____

DOCENTI _____

ALUNNO: COGNOME _____ NOME _____ NATO il _____


A _____ PROV _____ NAZIONALITA' _____

INDICARE LE AREE IN CUI SI EVIDENZIANO LE DIFFICOLTA'

- COMPORAMENTO**
- MOTRICITA'**
- LINGUAGGIO**
- APPRENDIMENTO**
- ALTRO** _____

COMPILARE TUTTE LE AREE E FORNIRNE UN'ACCURATA DESCRIZIONE

COMPORAMENTO

 *Notazioni generali*


■ **PARTECIPAZIONE ALLA VITA DELLA CLASSE**

■ **RELAZIONE TRA PARI**

■ **RELAZIONE CON L'ADULTO**

■ **RISPETTO DELLE REGOLE**


MOTRICITA'

 *Notazioni generali*

■ GLOBALE

■ FINE

LINGUAGGIO

 *Notazioni generali*


■ COMPrensIONE

■ PRODUZIONE

■ UTILIZZO

APPRENDIMENTO


LETTURA

 *Notazioni generali*

■ FLUENZA E CORRETTEZZA

■ COMPrensIONE DEL TESTO


SCRITTURA

 *Notazioni generali*

■ GRAFIA

■ ORTOGRAFIA

MATEMATICA

 *Notazioni generali*

■ CALCOLO

■ SOLUZIONE DEI PROBLEMI

PUNTI DI FORZA DELL'ALUNNO

INDICARE GLI INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI EFFETTUATI, MIRATI AL SUPERAMENTO DELLE DIFFICOLTA' EVIDENZIATE

SEGNALAZIONE EFFETTUATA IN BASE ALLA

LEGGE 104 **LEGGE 170** **ALTRO** da specificare _____

Data _____

FIRMA DEI DOCENTI

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO
