

SCHEDA DATI E INVENTARIO DELLE RISORSE

anno scolastico _____

DATI DELL'ALUNNO

Cognome e Nome _____ Nazionalità _____

Data di nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____ (____)

Residenza: via _____ Comune _____ (____)

Telefono _____ E-mail _____

Domicilio¹: via _____ Comune _____ (____)

Azienda Sanitaria _____ Distretto _____

Tessera sanitaria _____ Codice fiscale _____

DATI DEI GENITORI

Dati anagrafici padre

Cognome e Nome _____ Nazionalità _____

Data di nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____ (____)

Residenza: via _____ Comune _____ (____)

Domicilio² via _____ Comune _____ (____)

Telefono _____ E-mail _____

Scolarità _____ Professione _____

Stato occupazionale³ _____ Condizione di salute⁴ _____

Dati anagrafici madre

Cognome e Nome _____ Nazionalità _____

Data di nascita ____ / ____ / _____ Luogo di nascita _____ (____)

Residenza: via _____ Comune _____ (____)

Domicilio:⁵ via _____ Comune _____ (____)

Telefono _____ E-mail _____

Scolarità _____ Professione _____

Stato occupazionale⁶ _____ Condizione di salute⁷ _____

¹ Se diverso dalla residenza

² Se diverso dalla residenza

³ Descrivere se occupato, disoccupato, inoccupato, precario, occupato a tempo indeterminato/determinato, libero professionista, percettore di ammortizzatori sociali

⁴ Descrivere l'eventuale presenza di patologie e stato invalidante

⁵ Se diverso dalla residenza

⁶ Descrivere se occupato, disoccupato, inoccupato, precario, occupato a tempo indeterminato/determinato, libero professionista, percettore di ammortizzatori sociali

⁷ Descrivere l'eventuale presenza di patologie e stato invalidante

CONTESTO DI VITA

Vive con: padre sì, no; madre sì, no; fratelli sì, no; sorelle sì no;

se sì: padre età____, madre età____, fratelli età____, sorelle età____

Altre persone conviventi: sì, no; se sì, specificare _____

Nonni paterni: sì, no; se sì, ruolo di sostegno al nucleo _____

Nonni materni: sì, no; se sì, ruolo di sostegno al nucleo _____

Presenza di difficoltà:

culturali: sì, no; socio- economiche: sì, no; affettivo-sentimentali: sì, no; nel ruolo genitoriale:

sì, no; altro specificare _____

Vive fuori dal nucleo familiare: sì, no; se sì, pecificare _____

Figura di riferimento: _____ ruolo: _____

Tel. _____ E-mail _____

Disponibilità di strumenti di comunicazione digitale: sì, no; se sì, specificare quali _____

Abitazione e contesto territoriale:

Dislocazione rispetto ai servizi pubblici (es., negozi, farmacia, spazi di socializzazione)

servita, poco servita, isolata. Barriere architettoniche: assenti, solo esterne, interne.

Ascensore: sì, no. Piano ____ Abitazione non idonea: sì, no.

Servizi di trasporto generali: sì, no, specificare _____

Qualità del servizio _____

Servizi di trasporto per persone con disabilità: sì, no: Condizioni per fruire del servizio:

Servizi:

ludoteca: sì, no; biblioteca: sì, no; impianti sportivi: sì, no; se sì, quali _____

_____ ; altro (specificare) _____

I servizi sono accessibili e fruibili: sì, no; se sì, quali _____

Il Comune dispone di: assistenti sociali sì, no; assistenti alla comunicazione sì, no;

assistenti all'autonomia sì, no; pedagoga/psicologo sì, no; altro (specificare) _____

DATI E RISORSE DELLA SCUOLA	
Denominazione _____	Ordine e grado di scuola _____
Indirizzo _____	Tel. _____
E-mail _____	
Dirigente scolastico _____	Tel. _____ E-mail _____
Funzione strumentale inclusione _____	
Tel. _____	E-mail _____
Referente DSA _____	Tel. _____
E-mail _____	
N° collaboratori scolastici: ____ maschi, ____ femmine	
N° docenti _____ . N° docenti di sostegno _____ . N° docenti esperti _____	
specificare ambiti _____ . N° di insegnanti in formazione continua _____	
Altre figure professionali per l'inclusione: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; e sì, specificare _____	
N° collaboratori scolastici con formazione sulla disabilità: maschi____ , femmine ____	
Ulteriori risorse professionali: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; se sì, specificare _____	
Insegnante specializzato _____ , n° ore _____	
tel. _____ , e-mail _____	
Spazi interni	
n.° piani _____ ; ascensore accessibile: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; porte con maniglioni: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; mensa: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no;	
laboratorio informatizzato: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; laboratorio di musica: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; laboratorio di scienze: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no;	
altri laboratori _____ ; palestra: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; spazio per attività psicomotorie adattato.	
<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; biblioteca: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; altro _____ ;	
gli spazi interni sono accessibili: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; se sì, quali _____	
bagni accessibili: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; ausili per gli spostamenti autonomi non vedenti: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; illuminazione regolabile in funzione del grado di ipovisione: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; segnalatori luminosi di sicurezza e di richiamo: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; LIM: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
Spazi esterni	
campo sportivo: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; giardino: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; orto: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; altro: _____	
gli spazi esterni sono accessibili e fruibili: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; se sì, quali _____	
Classe _____ Sezione _____	
n° alunni _____ ; n° alunni BES _____ ; n° alunni con disabilità _____ ; n° alunni che richiedono l'intervento del collaboratore scolastico: n° maschi _____ , n° femmine _____ ; n° alunni con DSA _____	
Aula	
piano _____ ; spazio adeguato: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; luminosità adeguata: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
altezze sedie e banchi adeguata: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; arredi adeguati: <input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no; se no, quali aggiustamenti	

Dotazione tecnologica:

LIM+ videoproiettore raggio corto: sì, no; pc/tablet per ogni singolo alunno: sì, no;
 postazione singola adattata: sì, no; videoingranditore: sì, no; sintesi vocale: sì, no;
 sistemi a scansione: sì, no; registratore: sì, no; periferiche speciali di input: sì, no;
 comunicatori: sì, no; software aggiornati per compensare specifiche disabilità: sì, no;
 software per l'apprendimento: sì, no; altro (specificare) _____

DATI E RISORSE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI

Principali condizioni di salute ⁸

Diagnosi principale _____ cod. _____

Diagnosi di comorbidità 1) _____ cod. _____

2) _____ cod. _____

3) _____ cod. _____

4) _____ cod. _____

Assume farmaci: sì, no; autonomamente: sì, no; se sì, quali (specificare):

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

5) _____

Assume o farmaci durante l'orario scolastico: sì, no. I farmaci somministrati danno effetti collaterali negativi sull'apprendimento: sì, no; se sì, quali _____

Presenza di crisi epilettiche: sì, no; se sì, specificare la frequenza _____

Presenza di allergie: sì, no; se sì, quali _____

Certificazioni

Invalidità civile: sì, no, ___ % , data rilascio __/__/____; rivedibilità: sì, no; data __/__/____

L. 104/92 c.1 art.3: sì, no; data rilascio __/__/____ ; rivedibilità: sì, no; data __/__/____

L.104/92 c. 1 art.1: sì, no; data rilascio __/__/____ ; rivedibilità: sì, no; data __/__/____

DPCM/185 del 2006: sì, no; data rilascio __/__/____ ; rivedibilità: sì, no; data __/__/____

Legge 170 del 2010: sì, no; data rilascio __/__/____ ; rivedibilità: sì, no; data __/__/____

altro specificare _____

Benefici:

Fornitura protesi e ausili: sì, no; se sì, quali (specificare)⁹ _____

Servizi d'interpretariato per i soggetti sordi: sì, no. Assegno mensile: sì, no

⁸ Indicare il nome della patologia e la codifica in ICD 10

⁹ Descrivere il tipo di protesi e ausilio in riferimento alla frequenza scolastica

Spese per l'acquisto e il mantenimento di un cane guida per i soggetti ciechi: sì, no.
Indennità di frequenza per i minori: sì, no. Indennità di accompagnamento: sì, no.
Collocamento lavorativo obbligatorio (> 16): sì, no. Pensione d'invalidità (> 18:): sì, no.

Altro _____

Servizi socio-sanitari

Medico di base _____ tel. _____

Equipe multidisciplinare: sì, no. Servizio di appartenenza _____

Distretto _____ Azienda Sanitaria _____

tel. _____ e-mail _____

Figure presenti:

Neuropsichiatra: sì, no. Psicologo: sì, no. Assistente sociale: sì, no

Logopedista: sì, no. Fisioterapista: sì, no. Terapista Neuro psicomotricità: sì, no

Figure di riferimento:

1) _____ ruolo _____ tel. _____

2) _____ ruolo _____ tel. _____

3) _____ ruolo _____ tel. _____

effettua interventi riabilitativi/educativi sì, no; se sì, quali (specificare) _____
presso _____ tel. _____

nei giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____

nei giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____

nei giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____

operatori di riferimento

1) _____ ruolo _____ tel. _____

2) _____ ruolo _____ tel. _____

3) _____ ruolo _____ tel. _____

4) _____ ruolo _____ tel. _____

Altre persone attive (compreso personale privato) sì, no; se sì, quali (specificare):

1) _____ ruolo _____ tel. _____

2) _____ ruolo _____ tel. _____

E' seguito da centri di eccellenza: sì, no; se sì, quali (specificare): _____

Figura di riferimento

1) _____ ruolo _____ tel. _____

Fonte di informazione: documenti scritti, soggetto interessato/genitore, operatori sociosanitari,
altro (specificare) _____

Il compilatore _____ ruolo _____