

## 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 \_\_\_\_\_

Domicilio<sup>1</sup>: 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 \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Domicilio<sup>2</sup> via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Scolarità \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Stato occupazionale<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ Condizione di salute<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

#### Dati anagrafici madre

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Residenza: via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Domicilio:<sup>5</sup> via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Scolarità \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Stato occupazionale<sup>6</sup> \_\_\_\_\_ Condizione di salute<sup>7</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Se diverso dalla residenza

<sup>2</sup> Se diverso dalla residenza

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

<sup>4</sup> Descrivere l'eventuale presenza di patologie e stato invalidante

<sup>5</sup> Se diverso dalla residenza

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

<sup>7</sup> 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, specificare \_\_\_\_\_

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; pedagogo/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 _____	
<b>Spazi interni</b>	
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	
<b>Spazi esterni</b>	
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 _____	
<b>Classe _____ Sezione _____</b>	
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 _____	
<b>Aula</b>	
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 <sup>8</sup>**

Diagnosi principale \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

Diagnosi di comorbilità 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)<sup>9</sup> \_\_\_\_\_

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

<sup>8</sup> Indicare il nome della patologia e la codifica in ICD 10

<sup>9</sup> 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 \_\_\_\_\_