****

**ISTITUTO COMPRENSIVO**

VIA XXV APRILE, 14 - 52021 **BUCINE** (AR)

TEL. 0559911328/0559911357 - FAX 0559912921

**EMAIL:ARIC825009@istruzione.it**

**EMAIL:ARIC825009@pec.istruzione.it**

**SCHEDA DI INVIDUAZIONE DEI BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI**

**ALUNNO:**

**LUOGO DI NASCITA: DATA DI NASCITA:**

**SCUOLA FREQUENTATA:**

 **CLASSE:**

**ANNO SCOLASTICO:**

**1. IDENTIFICAZIONE DEL PROBLEMA (in relazione all’allegato A)**

** Alunno straniero neo arrivato**

**□ Svantaggio linguistico e culturale**

** Svantaggio socio-economico/familiare**

** Alunno con disagio comportamentale/ relazionale**

** Disturbo specifico del linguaggio**

** Disturbo aspecifico di apprendimento**

** Difficoltà di apprendimento**

** Altro, SPECIFICARE:**

**2. Il PROBLEMA E’ STATO SEGNALATO DA:**

**□ FAMIGLIA**

**□ DIRIGENTE SCOLASTICO/DOCENTE**

**□ ASSISTENTE SOCIALE**

**□ ASL/ STRUTTURA ACCREDITATA**

**□ ALTRO**

**VERBALE DEL TEAM/CONSIGLIO DI CLASSE**

**Il**  team/consiglio di classe riunitosi in data………………………………………… avendo avuto il parere FAVOREVOLE/NON FAVOREVOLE della famiglia ( allegato B) , esprime il proprio CONSENSO alla stesura del seguente PIANO EDUCATIVO PERSONALIZZATO

per l’alunno ……………...........................................................................

della scuola ……………………………. di ……………………………..della classe ………….. sez………

per l’anno scolastco …………………………. , come previsto dalla Direttiva Ministeriale 27/12/2012 e successiva Circolare n° 8 del 06/03/2013.

Data,

Firma coordinatore …………………………………………………………………………………..

Firma altri docenti

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ALLEGATO A**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Area funzionale** | 1. □ DEFICIT SENSORIALI: sono implicati uno o tutti i cinque sensi: vista, udito, tatto, olfatto, gusto. Quali:
2. □ DEFICIT DELLE ABILITÀ NON VERBALI (visuo-spaziali,es. calcolo, orientamento spaziale) Quali:
3. □ DEFICIT DELLA COORDINAZIONE MOTORIA( disprassia): (barrare con una x)

 □ goffaggine □posture inadeguate;* confusione della lateralità;
* problemi di consapevolezza del tempo con difficoltà nel rispettare gli orari e nel ricordare i compiti nella giornata;
* problemi nell'eseguire attività fisiche come correre, prendere ed usare attrezzi, tenere la penna e scrivere;
* ridotto sviluppo delle capacità di organizzazione, con conseguenti evidenti difficoltà nell'eseguire attività che richiedono sequenze precise;
* facile stancabilità;
* scarsissima consapevolezza dei pericoli.
 |
| 2. Area relazionale | A. □ PROBLEMI COMPORTAMENTALI : □ Disturbo da deficit di attenzione/iperattività. (ADHD). □ Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP). 1. □ DISTURBI DELLA SFERA EMOZIONALE:
* ansia di separazione;
* fobie;
* tendenza ad autoisolarsi
* scarsa autostima
* scarsa motivazione
* scarsa curiosità
* difficoltà nella relazione con i compagni
* difficoltà di inserimento nel gruppo classe
* rifiuto del contatto fisico
* difficoltà nella relazione con gli insegnanti
* difficoltà nella relazione con gli adulti
 |
| 3. Fattori del contesto familiare, scolastico ed extrascolastico | 1. □ SVANTAGGIO LINGUISTICO-CULTURALE
2. □ DIFFICOLTÀ SOCIO-ECONOMICHE
3. □AMBIENTI DEPRIVATI/DEVIANTI
4. □ LUTTO
5. □ ALTRO:
 |
| 4. Difficoltà di apprendimento |  A. □ difficoltà di attenzione B. □ difficoltà di memorizzazione C. □ difficoltà di gestione del tempo D. □ necessità di tempi lunghi E. □ difficoltà nella pianificazione delle azioni F. □difficoltà di ricezione - decifrazione di informazioni verbali G. □difficoltà di ricezione - decifrazione di informazioni scritte H. □ difficoltà di espressione – restituzione di informazioni verbali I. □ difficoltà di espressione – restituzione di informazioni scritte L. □ difficoltà nell’applicare conoscenze |
| 5. Altro | Specificare…………………………………….........................................………………………………………………………….........………………………………………………………………. |

**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE PER LA FAMIGLIA**

I sottoscritti padre ………………………………………e madre…………………………………………

dell’alunno …………………………………………………………………. della classe …….. sez. …….

della scuola ……………………………………… di …………………………………………………………..

Convocati dal team/ coordinatore di classe il giorno …………………………………………… alle ore……………………presso ……………………………………………………………..,

in ACCORDO/ DISACCORDO con le indicazioni del Team docente/ coordinatore di classe, esprime parere FAVOREVOLE/ CONTRARIO alla stesura del PDP BES per il proprio figlio……………………………………………. per l’anno scolastIco …………………………. , come previsto dalla Direttiva Ministeriale 27/12/2012 e successiva Circolare n° 8 del 06/03/2013.

Data………………………..

Firma dei genitori

PADRE ………………………………………

MADRE …………………………………….