****

**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 …………………………………….