

**SCHEDA INFORMATIVA DELLA SCUOLA MATERNA
PER LA CONSULTAZIONE DIAGNOSTICA
C/O IL SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Alunno/a

Nome.....

Cognome

Nato/a a il

Residente a via

Telefono casa..... madre padre

Scuola

Scuola Comune

Telefono

Insegnanti (nome, cognome)

.....

.....

Dirigente Scolastico

Referente per le difficoltà scolastiche

Motivo della richiesta di valutazione presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile

.....

.....

.....

Data Luogo

Firma degli insegnanti

.....

.....

Firma del dirigente scolastico

Firma del referente per le difficoltà scolastiche

N. B. Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622 C.P.). Il presente atto va conservato all'interno del Fascicolo personale con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano del caso.

SCHEMA INFORMATIVA DELLA SCUOLA

Pregresse esperienze scolastiche

Ha frequentato il Nido?

Specificare eventuali cambi di sede scolastica dell'alunno/a:

.....
.....

Attuale esperienza scolastica

Orario scolastico settimanale

Numero degli alunni nella classe

Insegnante di riferimento

Regolarità della frequenza da parte dell'alunno/a

Mangia in mensa

Dorme a scuola

SITUAZIONE ATTUALE

Problematica principale

Epoca di insorgenza

Aspetti associati o secondari

Ambienti e situazioni in cui si verificano

Dinamica della classe

.....

.....

Collaborazione tra insegnanti e genitori

Interventi già effettuati dalla scuola:

.....

.....

Situazione familiare o sociale comunicata dalla famiglia alla Scuola:

.....

.....

Conoscenza da parte degli insegnanti di precedenti percorsi sanitari, pedagogici (area NPI - riabilitativa) dell'alunno/a in sede pubblica o privata

.....
.....

PROFILO DELL'ALUNNO/A

AREA EMOTIVO – COMPORTAMENTALE

- Si separa facilmente dalla figura genitoriale? SI NO
- Si adegua alle situazioni nuove? SI NO
- Sa adeguarsi alle regole di convivenza sociale? SI NO
- Ha la capacità di portare a termine un'attività in tempi adeguati senza essere frequentemente sollecitato? SI NO
- Ha la capacità di portare a termine un'attività in tempi adeguati senza interrompersi? SI NO
- Tollera il cambio di attività/proposte? SI NO
- Sa accettare ritardi nella gratificazione? SI NO
- Si comporta in modo impulsivo? SI NO
- Se sì, in quali occasioni?.....
- Necessita di conferme e rassicurazioni continue? SI NO

Il rapporto con i compagni:

Come si relaziona con i compagni.....
.....
.....

- Partecipa in modo attivo nelle relazioni e nel gioco? SI NO
- Sa cooperare con i compagni? SI NO
- È tendenzialmente passivo? SI NO
- Tende a isolarsi? SI NO
- Ha comportamenti aggressivi? SI NO

Se sì, quale?.....

Note:
.....

GIOCO

Partecipa volentieri all'attività corporea/senso-motoria? SI NO

È presente gioco di finzione? SI NO

Porta a termine un gioco? SI NO

Sposta frequentemente il focus di attenzione anche nel gioco spontaneo? SI NO

Gioca prevalentemente: da solo, in coppia, in piccolo gruppo.

Nel gioco condiviso assume prevalentemente ruolo di: leader positivo, gregario, rinunciatario

Note:
.....

AREA LINGUISTICA

Usa il linguaggio verbale per comunicare? SI NO

Se No, quale modalità comunicativa utilizza?

Si esprime correttamente usando frasi adeguate all'età? SI NO

Il vocabolario appare adeguato all'età? SI NO

Sa raccontare in modo chiaro e coerente un fatto tratto dalla propria esperienza personale? SI NO

Sa memorizzare e ripetere poesie e canzoncine? SI NO

Pronuncia correttamente tutti i suoni? SI NO

Se no, quali mancano?

Il suo linguaggio è sempre comprensibile? SI NO

Comprende le istruzioni date a voce? SI NO

Anche se non supportate da mimica facciale-gestualità? SI NO

E' in grado di eseguire una sequenza di almeno due comandi? SI NO

Ascolta, è interessato ad attività mediate dal linguaggio verbale (circle time)? SI NO

Il bambino è esposto a un'altra lingua? SI NO

Se Sì, quale?

Note:
.....

AREA COGNITIVA E DEI PREREQUISITI DEGLI APPRENDIMENTI

- Presta sufficiente attenzione alle consegne verbali? SI NO
- Discrimina uditivamente suoni simili nelle parole? SI NO
- Sa associare/classificare per colore, forma e dimensione? SI NO
- Compie semplici operazioni di seriazione? SI NO
- Riconosce e denomina i colori principali? SI NO
- Riconosce e copia semplici figure geometriche (segni spazialmente orientati, cerchio, quadrato, triangolo...) SI NO
- Sa riprodurre simboli grafici-lettere? SI NO
- Sa scrivere il proprio nome? SI NO
- Sa enumerare? SI NO
- Fino a?
- Sa confrontare quantità diverse? SI NO
- Ha una buona capacità di eseguire semplici comandi che implicano relazioni spaziali (alto/basso; sopra/sotto)? SI NO

Note:

.....

EVENTUALI TEST-OSSERVAZIONI EFFETTUATI IN AMBIENTE SCOLASTICO

(segnalare il tipo di test, i criteri di riferimento per classe/età, il risultato e la figura professionale che ha effettuato/interpretato il test).

.....

.....

.....

.....

.....

NOTE AGGIUNTIVE

.....

.....