



Provincia di Siena

## RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA

Data

Anno Scolastico: 2019/2020

- Prima richiesta
- rinnovo
- Variazione grado invalidità

### ***Dati: Alunno/alunna***

Cognome/Nome Alunno/a			
Luogo e data di nascita		Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo			
Comune di residenza		CAP	
Nazionalità di provenienza		Cittadinanza	
Nome Genitore/Tutore			
Telefono/Cellulare Genitore/Tutore			
Indirizzo e-mail			

### ***Dati: Scuola di frequenza anno scolastico 2019/2020***

Nome scuola (plesso frequentato)				
Indirizzo				
Classe e Sez.		Ore settimanali		Ore di frequenza alunno (1)

		classe		
<b>Dirigente Scolastico</b>			<b>Tel.</b>	
<b>Referente attività di sostegno</b>			<b>Tel.</b>	
<b>Insegnante di sostegno</b>	<b>Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>	<b>Ore assegnate insegnante di sostegno (2)</b>		
<b>Docenti curricolari</b>				

Attestazione L.104/92 in situazione di gravità, art. 3:

Comma 1 \_\_

Comma 3 \_\_

PROVINCIA DI SIENA	<b>RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA</b>	
--------------------	--	--

**Tipologia di handicap (3)**

<input type="checkbox"/> <b>Fisico</b>	P	A	<input type="checkbox"/> <b>Psichico</b>	P	A
<input type="checkbox"/> Disturbi motori	P	A	<input type="checkbox"/> Disturbi psichici	P	A
<input type="checkbox"/> Epilessia	P	A	<input type="checkbox"/> Ritardo cognitivo/evolutivo	P	A
<input type="checkbox"/> Altro:	P	A	<input type="checkbox"/> Disturbi comportamentali e relazionali	P	A
<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurgici transitori	P	A	<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurgici transitori	P	A
<input type="checkbox"/> <b>Sensoriale</b>	P	A	<input type="checkbox"/> <b>Altro</b>	P	A
<input type="checkbox"/> Non vedente	P	A	<input type="checkbox"/> Sindrome genetica	P	A
<input type="checkbox"/> Non udente	P	A	<input type="checkbox"/> Altro:	P	A
<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurgici transitori	P	A	<input type="checkbox"/> Esiti da traumi/interventi chirurgici transitori	P	A

**PIANO PER L'INTERVENTO DI ASSISTENZA EDUCATIVA**

**AREA AUTONOMIA**

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>autonomo</i>	<i>con</i>	<i>assistenza</i>
		<i>Aiuto (4)</i>	<i>completa</i>
Igiene della persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cura del proprio aspetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizzazione dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilità nella classe/scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Obiettivo dell'intervento:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Attività previste e modalità:</b> <hr/> <hr/> <hr/>

---



---



---

**Tempistica:**

---



---



---

PROVINCIA DI SIENA	<b>RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA</b>	
--------------------	--	--

**AREA COMUNICAZIONE**

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>adeguata</i>	<i>limitata (5)</i>	<i>assente</i>	<i>per le disabilità sensoriali</i>	<i>completa</i>	<i>limitata</i>	<i>assente</i>
Comprensione verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Letture labiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linguaggio dei segni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione non verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obiettivo dell'intervento:**

---



---



---



---

**Attività previste e modalità:**

---



---



---



---

**Tempistica:**

---



---



---

## AREA RELAZIONALE

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>autonoma</i>	<i>Mediata(6)</i>	<i>assente</i>	<i>profilo dei bisogni</i>	<i>autonoma</i>	<i>mediata</i>	<i>assente</i>
Capacità di interazione con il gruppo classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacità di gestione dell'aggressività e dei conflitti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di interazione con i singoli compagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacità di adattare il comportamento alla situazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di collaborare con i compagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacità di accettazione delle regole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obiettivo dell'intervento:**

---



---



---

**Attività previste e modalità:**

---



---



---

**Tempistica:**

---



---



---

PROVINCIA DI SIENA	<b>RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA</b>	
--------------------	--	--

## AREA DEGLI APPRENDIMENTI

<i>profilo dei bisogni</i>	<i>presente</i>	<i>Insufficiente(7)</i>	<i>assente</i>	<i>profilo dei bisogni</i>	<i>presente</i>	<i>insufficiente</i>	<i>assente</i>
Attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacità logico-matematiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprensione del testo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disegno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scrittura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacità fino-motorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obiettivo dell'intervento:**

---



---



---

**Attività previste e modalità:**

---



---



---

*Tempistica:*

*Altri interventi attivati:*

	<i>Visite didattiche</i>
	Stages/Alternanza scuola-lavoro
	Altro:

E' GIÀ PRESENTE LA FIGURA DI EDUCATORE:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

PROFILO \_\_\_\_\_

**SI ATTESTA CHE SONO STATI INFORMATI I GENITORI CHE HANNO ESPRESSO IL PROPRIO CONSENSO**

*Il Dirigente Scolastico* \_\_\_\_\_

PROVINCIA DI SIENA	<b>RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA</b>	
--------------------	--	--

#### NOTE PER LA COMPILAZIONE

- <sup>1</sup> Indicare quante ore l'alunno sarà effettivamente presente a scuola.
- <sup>2</sup> Indicare quante ore di sostegno sono state assegnate all'alunno nel presente anno scolastico.
- <sup>3</sup> Barrare la casella relativa alla tipologia di handicap. Indicare con «**P**» la patologia prevalente e con «**A**» le patologie associate. Indicare se handicap è dovuto a trauma/intervento chirurgico transitori.
- <sup>4</sup> Scegliere tale opzione solo se è autonomia che può essere acquisita dall'alunno.
- <sup>5</sup> Scegliere tale opzione solo se è capacità comunicativa che può essere acquisita dall'alunno.
- <sup>6</sup> Scegliere tale opzione solo se è capacità relazionale che può essere acquisita dall'alunno.
- <sup>7</sup> Scegliere tale opzione solo se è capacità che può essere acquisita dall'alunno.
- <sup>8</sup> Specificare eventuali competenze specifiche dell'educatore richiesto (es. conoscenza della lingua dei segni o del braille, ecc.).