

**FASCICOLO
PERSONALE**

Cognome_____ **Nome**_____

Date della prima compilazione_____

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome.....

Cittadinanza.....

Per gli alunni provenienti da altri paesi: data di arrivo in Italia.....

Luogo di nascita(.....). Data di nascita...../...../.....

Residente a(.....) Via.....n.....

Per eventuali contatti telefonici con la famiglia:

.....(figura di riferimento) Tel. Cell.

.....(figura di riferimento) Tel. Cell.

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Relazione di parentela	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Titolo di studio	Professione
padre		__/__/__			
madre		__/__/__			
fratello/sorella		__/__/__			
fratello/sorella		__/__/__			
Ecc.					
Altre figure conviventi (.....)		__/__/__			

Altre figure significative non incluse nel nucleo familiare

.....

.....

.....

.....

Cambiamenti rilevanti dell'assetto familiare nel corso degli anni

Descrizione.....

.....
.....
.....

data.....

Descrizione.....

.....
.....
.....
.....

data

Descrizione.....

.....
.....
.....
.....

data

ecc.

NOTE INFORMATIVE SUL PERCORSO SCOLASTICO

SCUOLA DELL'INFANZIA

Comune/Località						
Classe frequentata						
Anno scolastico	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___

Note:.....
.....

SCUOLA PRIMARIA

Comune/Località						
Classe frequentata						
Anno scolastico	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___

Note:.....
.....

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Comune/Località						
Classe frequentata						
Anno scolastico	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___

Note:.....
.....

SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO

Comune/Località						
Classe frequentata						
Anno scolastico	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___

Note:.....
.....

Necessità di

/A/ Sostegno didattico

/B/ Assistenza di base specialistica per l'autonomia personale per:

- Accompagnamento per gli spostamenti (non deambulante) (non vedente)
- Accompagnamento per la comunicazione (non udente)
- Assistenza per l'igiene personale
- Assistenza educativa per le relazioni sociali

/C/ Servizio trasporto

Data.....

A firma di.....qualifica.....

dell'ASL/NPI /altro di.....

Eventuali aggiornamenti della diagnosi funzionale

.....

Data.....

A firma di.....qualifica.....

dell'ASL/NPI /altro di.....

Operatore ASL/NPI di riferimento

Cognome e nome.....

Qualifica.....

Recapito telefonico.....

Eventuale modifica dell'operatore ASL/NPI di riferimento

Cognome e nome.....

Qualifica.....

Recapito telefonico.....

Il cambiamento è avvenuto in data.....Ecc.

Altre necessità

Terapia farmacologica in orario scolastico	
Attività di riabilitazione	
Necessità di servizi igienici attrezzati in modo specifico	
Necessità di riduzione e/o flessibilità oraria	
Altre necessità specifiche (sussidi quali la statica, il videoingranditore ecc.)	

CRONISTORIA DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI

a.s. _____

Interventi riabilitativi in orario scolastico (con uscita dalla scuola per recarsi presso strutture specialistiche)

Tipo di intervento (medico specialistico, neuropsichiatrico, psicologico, logopedico, psicomotorio, altro)

Operatore di riferimento

Modalità

Tempi

Metodologia di raccordo

a.s. _____

Interventi riabilitativi in orario extrascolastico

Tipo di intervento (medico specialistico, neuropsichiatrico, psicologico, logopedico, psicomotorio, altro)

Operatore di riferimento

Modalità

Tempi

Metodologia di raccordo

a.s. _____

Interventi educativi territoriali

Tipo di intervento

Operatori/Enti di riferimento

Obiettivi

Tempi

Modalità

Metodologia di raccordo

Altro

Questi interventi vanno inseriti anno per anno nel PEI, qui vanno riportati sinteticamente per avere un'idea complessiva dell'intervento

PROGETTI DI ORIENTAMENTO/RIORIENTAMENTO

(Si inserisca in questa sezione eventuali progetti dell' Istituto o in eventuali collaborazioni IS, AMBITO, CTT)

RACCORDO PER IL PASSAGGIO DEGLI ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI

SCUOLA SECONDARIA DI I° E DI II° PER IL COMPLETAMENTO DELL'OBBLIGO SCOLASTICO/ALTRO ENTE

Fasi	Modalità	Interlocutori	Strumenti

ALUNNO:

CLASSE :

data

Consiglio di Classe

II

Questo Fascicolo personale è stato compilato da

Cognome e nome.....qualifica.....

Cognome e nome.....qualifica.....

Cognome e nome.....qualifica.....

Data (della prima compilazione).....

Questo Fascicolo personale è stato aggiornato da

Cognome e nome.....qualifica.....

Cognome e nome.....qualifica.....

In data.....

Questo Fascicolo personale è stato aggiornato da

Cognome e nome.....qualifica.....

Cognome e nome.....qualifica.....

In data.....

Ecc.

N.B Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art.622 C.P.)

ALLEGATI