

# RELAZIONE DELLA SCUOLA ELEMENTARE SUL LAVORO SVOLTO CON L'ALUNNO

## DATI DELL'ALUNNO E DELLA SCUOLA

<b>Nome:</b>	
<b>Cognome:</b>	
Data di nascita:	
Residenza,	
Posta, CAP:	
<b>Recapiti telefonici:</b>	
a) genitori	
b) genitori affidatari	
c) tutore legale	
<b>Indirizzo di posta elettronica:</b>	
a) genitori	
b) genitori affidatari	
c) tutore legale	
<b>Denominazione scuola:</b>	
<b>Indirizzo:</b>	
Nome e cognome del contatto:	
Numero di telefono:	
Indirizzo di posta elettronica:	
Classe frequentata dall'alunno/a:	
Se sta concludendo la scuola dell'obbligo indicate:	
a) denominazione della scuola media d'iscrizione	
b) livello	
c) programma/modulo	

# 1. RELAZIONE ALL'AVVIO DELLA PROCEDURA

## 1.1. Osservazioni sull'alunno:

- Indicate le difficoltà da Voi riscontrate, che motivano l'avvio della procedura di orientamento dell'alunno: \_\_\_\_\_

---

---

- Descrivete la collaborazione con i genitori e riportate quanto trasmesso da loro in relazione alle particolarità dell'alunno:

---

---

- Indicate i punti forti dell'alunno: \_\_\_\_\_

---

---

- Indicate le lacune nel sapere presenti nel processo di apprendimento, ed eventuali difficoltà di comportamento dell'alunno:

---

---

- In caso di trasferimento da un'altra scuola elementare, indicatene le ragioni

---

---

## 1.2. Risultati conseguiti dall'alunno (l'alunno sa/è in grado di):

- Abilità di base (lettura, scrittura, calcolo, ortografia): \_\_\_\_\_

---

---

- Scolarizzazione posticipata (cerchiare): SÌ NO  
Se SÌ, spiegate la ragione:

---

---

- Ripetizione della classe (indicate la classe ripetuta ed elencate le materie con valutazione negativa): \_\_\_\_\_

---

---

- Esami di riparazione (indicate la classe e le materie):

---

---

**1.3. Descrizione delle attività svolte con l'alunno a scuola sulla base delle difficoltà constatate:**

	Attività di sostegno dell'insegnante durante le lezioni	Attività di sostegno dell'insegnante durante le ore di recupero	Attività di sostegno dell'insegnante durante le ore del doposcuola	Attività di sostegno del servizio di consulenza scolastica/ servizio mobile di pedagogia speciale	Attività di sostegno individuale e di gruppo	Parere e sostegno da parte di istituzioni specialistiche esterne
Inizio attività						
Grado d'istruzione dei responsabili						
Numero di ore e modalità (individuale, in gruppo)						
	*	*	*	*	*	
				**	**	
						***

\***Allegare valutazione delle singole forme di sostegno** (difficoltà dell'alunno, adattamenti e forme di sostegno, valutazione dell'efficacia dell'intervento e proposta argomentata di ulteriori interventi a favore dell'alunno).

\*\*Se sono state effettuate visite specialistiche aggiuntive, **il referto specialistico va necessariamente** allegato al presente documento.

\*\*\* **Allegare il referto specialistico di esperti esterni, se documentato.**

**Denominazione dell'istituto specialistico esterno** presso il quale l'alunno è stato esaminato:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Se all'alunno non è stato fornito alcun sostegno (tabella sopra), indicatene le ragioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1.4. Parere dell'insegnante (capoclasse)**, ai sensi del sesto comma dell'art. 23. della ZUOPP-1, e in base al quale, prima di deliberare, il Gruppo degli esperti è tenuto a procurarsi il parere dell'insegnante dell'alunno: \_\_\_\_\_

---

---

**1.5. Considerazioni conclusive e proposte della scuola in merito agli adattamenti e al supporto all'alunno:**

---

---

---

## **2. RELAZIONE DEL GRUPPO DI ESPERTI** (per l'alunno con delibera di orientamento)

**2.1. Tipo e grado di deficit, difficoltà ovvero disturbo (cerchiate la rispettiva lettera indicando, ove richiesto, il grado di deficit):**

a) disturbo nello sviluppo intellettivo; grado: \_\_\_\_\_;

b) non vedente, ipovedente o con altre difficoltà legate alla funzionalità della vista; grado: \_\_\_\_\_;

c) sordo o audioleso; grado: \_\_\_\_\_;

d) disturbo del linguaggio e della pronuncia; grado: \_\_\_\_\_;

e) disabilità motorie; grado: \_\_\_\_\_;

f) malattia a lungo decorso;

g) deficit specifici di apprendimento;

h) disturbo dello spettro autistico; grado: \_\_\_\_\_;

i) disturbi dell'emotività e del comportamento; grado: \_\_\_\_\_.

**2.2. Responsabili dell'attuazione del sostegno professionale aggiuntivo:**

<b>GRADO D'ISTRUZIONE DEL RESPONSABILE</b>	<b>NUMERO DI ORE SETTIMANALI</b>	<b>FORMA *</b>	<b>MODALITÀ DEL SOSTEGNO **</b>

\* sostegno per il superamento del deficit, della difficoltà o dei disturbi

\*\* individuale, di gruppo, all'interno della sezione o fuori di essa

**2.3. Parere dell'insegnante (capoclasse)**, ai sensi del sesto comma dell'art. 23. della ZUOPP-1, e in base al quale, prima di deliberare, il Gruppo degli esperti è tenuto a procurarsi il parere dell'insegnante dell'alunno: \_\_\_\_\_

---

---

---

**2.4. Considerazioni conclusive del gruppo degli esperti** sulla ricaduta/efficacia dell'attuale delibera di orientamento e **parere** sulla necessità di proseguire gli adattamenti e il sostegno, con proposte:

---

---

---

**ALLEGATI OBBLIGATORI:**

- Certificato dei voti (o voti descrittivi) conseguiti
- Osservazioni sull'alunno all'avvio della procedura di orientamento da parte della scuola oppure
- Osservazioni sull'alunno per il quale è stata già approvata la delibera di orientamento, completa delle relazioni da parte dei responsabili dell'attuazione del sostegno professionale aggiuntivo dopo la valutazione finale del programma individualizzato
- Voti ottenuti con la valutazione delle diverse forme di sostegno (se fornite all'alunno)
- Valutazione diagnostica (se documentata)
- Parere di istituzione esterna alla scuola (se documentato)

Data:

Timbro

Firma della persona responsabile:

---

Nomi, cognomi e firma dei membri del gruppo di esperti:

Nome e cognome	Firma