

# RELAZIONE SULL'ALUNNO INSERITO NEL PROGRAMMA ADATTATO GRADO SCOLASTICO ELEMENTARE

## DATI RELATIVI ALL'ALUNNO E ALL'ISTITUTO

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

## RELAZIONE DEL GRUPPO DI ESPERTI

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

a) disturbo nello sviluppo intellettuale; 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. Responsabili dell'attuazione del sostegno professionale aggiuntivo:**

GRADO D'ISTRUZIONE DEL RESPONSABILE	NUMERO DI ORE SETTIMANALI	MODALITÀ DEL SOSTEGNO *

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

**3. Indicate i punti forti dell'alunno:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Indicate punti di criticità ed eventuali particolarità comportamentali dell'alunno:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Se l'alunno è seguito presso un'istituzione esterna, riportate le informazioni disponibili ovvero allegare i documenti di pertinenza:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. 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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

7. **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:**

- Relazione finale sul programma individualizzato, preparata dai responsabili dell'attuazione del sostegno professionale aggiuntivo
- Parere dell'istituzione esterna (se documentato)

Data:

Timbro

Firma della persona responsabile:

---

---

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

<b>Nome e cognome</b>	<b>Firma</b>