 

MODELLO DI RELAZIONE PER L’EQUIPE DISTRETTUALE AULSS 3 SERENISSIMA**\***

Istituzione Scolastica: (Nr. Prot…….. data )

Relazione illustrativa del Consiglio di intersezione  - interclasse  - classe , della Scuola

* RINNOVO CERTIFICAZIONE IN SCADENZA
* RICHIESTA NUOVA CERTIFICAZIONE

Cognome e nome dell’alunno:\_ nato a il residente a Via frequentante nell’a.s. / la classe presso

per ore settimanali , comprensive di n. rientri pomeridiani.

1. Problematica generale

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

1. Problematica dell’area affettivo relazionale

………………………………………………………………………………………………………..

1. Problematiche dell’area dell’autonomia

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

1. Problematiche dell’area cognitiva

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

1. Problematiche dell’area linguistica

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

1. Problematiche dell’area motorio-prassica

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

1. Interventi didattici effettuati

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

1. Ipotesi di interventi da effettuare

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….. FIRMA DEI DOCENTI IL DIRIGENTE SCOLASTICO

FIRMA DEI GENITORI PER PRESA VISIONE

(\*) Da consegnare al Distretto Sanitario di residenza per il tramite della famiglia entro il 31 gennaio di ogni anno ai fini dell’eventuale certificazione per l’a.s. successivo.

Per la segnalazione di possibili situazioni di DSA si rimanda all’applicazione del Protocollo Regionale per l’individuazione precoce del 2014