

\_\_\_\_\_  
(timbro lineare della scuola)

# REGISTRO del DOCENTE DI SOSTEGNO

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Docente:** \_\_\_\_\_

**Classe:** \_\_\_\_\_ **Sezione:** \_\_\_\_\_

Disciplina	Cognome e nome Docenti

## INFORMAZIONI SULL'ALUNNO

### DATI ANAGRAFICI

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Residente in: \_\_\_\_\_

Via/Corso/Piazza: \_\_\_\_\_

### DATI SCOLASTICI

Scuola di provenienza: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

### DIAGNOSI CLINICA SINTETICA

N. \_\_\_\_\_ ore di sostegno assegnate

### TIPOLOGIA DELL'HANDICAP

#### DISTURBI SENSORIALI:

<input type="checkbox"/> Disturbo sensoriale visivo:	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Disturbo sensoriale uditivo:	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave

#### DISTURBI PSICO-MOTORI:

<input type="checkbox"/> Ritardo cognitivo:	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Presenza di miopia:	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Presenza di mielopatie:	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave

#### DISTURBI DELLA PERSONALITA':

<input type="checkbox"/> Immaturità:	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Aggressività:	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Instabilità emotiva	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Apatia	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> grave

## ALTRE INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE

L'alunno/a è in terapia: ☐ Medico-specialistica ☐ psichiatrica ☐ psicologica

Altro: \_\_\_\_\_

Segnalazioni particolari fornite dallo specialista:

Segnalazioni particolari fornite dalla famiglia:

L'alunno/a ha eccessivo timore	<input type="checkbox"/> dei genitori	<input type="checkbox"/> del padre	<input type="checkbox"/> della madre
L'alunno/a va a scuola	<input type="checkbox"/> passivamente	<input type="checkbox"/> di malavoglia	<input type="checkbox"/> in modo traumatico
L'alunno/a	<input type="checkbox"/> è indifferente al lavoro scolastico	<input type="checkbox"/> rifiuta il lavoro scolastico	
I rapporti con i coetanei sono:	<input type="checkbox"/> sereni	<input type="checkbox"/> di accettazione	<input type="checkbox"/> di rifiuto
I rapporti con gli adulti sono:	<input type="checkbox"/> sereni	<input type="checkbox"/> di accettazione	<input type="checkbox"/> di rifiuto

## INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA (\*)

Cognome e nome del padre: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

Cognome e nome della madre: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_ fratelli, di cui n. \_\_\_\_ maschi di anni \_\_\_\_ e n. \_\_\_\_ femmine di anni \_\_\_\_

In famiglia convivono anche altre persone: \_\_\_\_ nonni \_\_\_\_ zii \_\_\_\_ cugini altro \_\_\_\_

La famiglia è : \_\_\_\_ naturale \_\_\_\_ adottante \_\_\_\_ affidataria

- ☐ I genitori sono entrambi viventi
- ☐ Ha solo il padre
- ☐ Ha solo la madre
- ☐ I genitori sono entrambi deceduti
- ☐ I genitori sono separati e vive con la madre
- ☐ I genitori sono separati e vive con il padre
- ☐ I genitori sono separati e vive con altri familiari
- ☐ L'alunno/a è affidato ai servizi sociali
- ☐ Altro: \_\_\_\_\_

☐ (\*) Barrare solo le caselle interessate

## PROFILO DINAMICO FUNZIONALE

**P.E.I.**  
**PIANO EDUCATIVO PERSONALIZZATO**

## ORARIO SETTIMANALE DELLE LEZIONI

Ore	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
I						
II						
III						
IV						
V						
VI						
VII						
VIII						

## ORARIO SETTIMANALE DELLE ATTIVITA' DI SOSTEGNO

Ore	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
I						
II						
III						
IV						
V						
VI						
VII						
VIII						

ASSENZE																																
Segnare con "1" le assenze giornaliere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Assenze mensili
SETTEMBRE																																
OTTOBRE																																
NOVEMBRE																																
DICEMBRE																																
GENNAIO																																
FEBBRAIO																																
MARZO																																
APRILE																																
MAGGIO																																
GIUGNO																																
	Totale assenze annuali n.																															

VALUTAZIONI INTERMEDIE E FINALE

GIUDIZIO SINTETICO O VOTO nelle varie MATERIE			VALUTAZIONE GLOBALE	
Materie	1° QUADRIMESTRE	2° QUADRIMESTRE	1° QUADRIMESTRE	2° QUADRIMESTRE

























OSSERVAZIONI SISTEMATICHE SUL PROCESSO DI APPRENDIMENTO DELL'ALUNNO																						
DISCIPLINE	OBIETTIVI	VALUTAZIONI																				
		1° QUADRIMESTRE											2° QUADRIMESTRE									
		Date delle verifiche											Date delle verifiche									
	1																					
	2																					
	3																					
	4																					
	5																					
	6																					
	1																					
	2																					
	3																					
	4																					
	5																					
	6																					
	1																					
	2																					
	3																					
	4																					
	5																					
	6																					
	1																					
	2																					
	3																					
	4																					
	5																					
	6																					

OSSERVAZIONI SISTEMATICHE SUL PROCESSO DI APPRENDIMENTO DELL'ALUNNO																						
DISCIPLINE	OBIETTIVI	VALUTAZIONI																				
		1° QUADRIMESTRE										2° QUADRIMESTRE										
		Date delle verifiche										Date delle verifiche										
	1																					
	2																					
	3																					
	4																					
	5																					
	6																					
	1																					
	2																					
	3																					
	4																					
	5																					
	6																					
	1																					
	2																					
	3																					
	4																					
	5																					
	6																					
	1																					
	2																					
	3																					
	4																					
	5																					
	6																					

## RELAZIONE FINALE

## RELAZIONE FINALE

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

**L'INSEGNANTE DI SOSTEGNO**

\_\_\_\_\_

**GLI INSEGNANTI DELLA CLASSE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

