

****

**IV ISTITUTO COMPRENSIVO “G. LEOPARDI”**

Piazza Stella Maris Rione Minissale 98125 MESSINA **-** Tel./Fax 0903697129

Cod.fiscale 80006720835 - Cod.meccanografico MEIC86200B

E-mail: meic86200b@istruzione.it - meic86200b@pec.istruzione.it

**RELAZIONE FINALE**

**A.S. 2022/2023**

**Alunno/a** ……………………………….

**Scuola** ……………………. **Plesso** ………………… **Classe** ……………

**Caratteristiche della classe di inserimento:**

Alunni presenti in classe nel corrente A.S.: ……………

Alunni disabili (L104/92) … Alunni DSA (L170/10) …

Alunni BES[[1]](#footnote-1) (con PDP) … Alunni ripetenti …

Alunni stranieri[[2]](#footnote-2) … Alunni stranieri neoarrivati[[3]](#footnote-3) …

**Insegnante di sostegno:** ………………………………

**In possesso del titolo di specializzazione** SI: …… NO: ……

**Operatore Socio Sanitario:** ………………………………

**Educatore:** ………………………………

Frequenza dell’alunno/a con orario: **normale**  **ridotto**  *(specificare n. ore\_\_\_\_\_\_ )*

**Eventuali modifiche apportate all’orario dell’alunno/a nel corso dell’anno:**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Ore settimanali di sostegno investite sulla classe:** ……

**Ore settimanali di sostegno investite sull’alunno:** ……

**Ore settimanali di sostegno proposte per il prossimo A.S. dal GLO:** …….

**INFORMAZIONI RIGUARDANTI LA DISABILITÀ**

**Diagnosi Funzionale redatta da:** ……………………………………………………………………………………..

**in data:** ……………………………………………………………………………………………………………………

**Verbale del collegio di Accertamento redatto dall’ASL di:** ………………………………………………………………………………………………………………………………

**in data:** ……………………………..

**Diagnosi riportata sul Verbale di Accertamento:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Codice ICD-10 o altro:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*In base a quanto scritto nella Diagnosi Funzionale, nel PDF e secondo la vostra osservazione indicare le aree di maggiore difficoltà.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Area** | **Difficoltà prevalente** | **Nessuna** | **Lieve** | **Media** | **Grave** |
| **Cognitiva** |  |  |  |  |  |
| **Affettivo-relazionale** |  |  |  |  |  |
| **Comunicazione**  |  |  |  |  |  |
| **Sensoriale** |  |  |  |  |  |
| **Motorio-Prassica** |  |  |  |  |  |
| **Neuropsicologica** |  |  |  |  |  |
| **Autonomia** |  |  |  |  |  |
| **Eventuali note descrittive delle funzioni compromesse** |  |  |  |  |  |
| **Note descrittive delle potenzialità e risorse** |  |  |  |  |  |

**TERAPIE FARMACOLOGICHE**

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

**AUSILI SPECIFICI**

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

|  |
| --- |
| * 1. **INTERVENTI RIABILITATIVI ED EDUCATIVI ANNUALI**
 |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **INCONTRI SCUOLA-FAMIGLIA-OPERATORI A.S. CORRENTE E PREVISIONI PER IL PROSSIMO A.S.** |

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **RISORSE E VINCOLI** |

**RISORSE E FACILITATORI**

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

**FATTORI PERSONALI:**

**INTERESSI, ATTITUDINI, ASPIRAZIONI, POTENZIALITÀ**

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

**BARRIERE E VINCOLI**

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

**COMPORTAMENTI PROBLEMATICI E STRATEGIE PER GESTIRLI**

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

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

|  |
| --- |
| * 1. **VERIFICA OBIETTIVI DEL PEI-PDF su ICF-CY A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |

* 1. **AREA SOCIO-AFFETTIVA RELAZIONALE**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **AREA DELL’AUTONOMIA**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **AREA COGNITIVA-NEUROPSICOLOGICA**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **AREA SENSO-MOTORIA-PERCETTIVA**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **AREA DEGLI APPRENDIMENTI**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Strumenti programmati e utilizzati e che si vorrebbero utilizzare il prossimo A.S.:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **VERIFICA E VALUTAZIONE DELL’ALUNNO/A A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_** **E PER IL PROSSIMO A.S.** |

**Modalità di verifica e valutazione**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **ALTRE ATTIVITÀ SVOLTE A.S.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **IPOTESI DI LAVORO PER L’ANNO PROSSIMO** |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Docenti del Consiglio di Classe:**

Insegnante di sostegno

Coordinatore di classe

Gli insegnanti

Messina,…………………………………….

Genitori dell’alunno/a\*

Operatori sanitari

 \_\_\_

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

Messina, ……………………………………

Educatore/altre figure (specificare)

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

Messina,…………………………………….

\****Alla luce delle disposizioni del Codice Civile in materia di filiazione e responsabilità genitoriale, il consenso deve essere condiviso dai genitori. Qualora il consenso in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile, si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.***

1. Indicare solo gli alunni che hanno un PDP alla data attuale. [↑](#footnote-ref-1)
2. Alunni stranieri nati in Italia o arrivati in Italia prima del corrente A.S. [↑](#footnote-ref-2)
3. Alunni stranieri arrivati in Italia da settembre del corrente A.S. [↑](#footnote-ref-3)