

DIAGNOSI FUNZIONALE

| | | |
|-----------------------------------|--------|------------------------|
| Cognome nato/a il indirizzo | Telef. | Nome a Residenza |
|-----------------------------------|--------|------------------------|

Descrizione funzionale redatta in forma sintetica:

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

Descrizione funzionale con particolare attenzione alle potenzialità:

AREA COGNITIVA

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

AREA NEUROPSICOLOGICA*(Memoria - Attenzione - Organizzazione spazio/temporale)*

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

AREA LINGUISTICO/COMUNICATIVA

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

AREA MOTORIO-PRASSICA*Motricità globale:*

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

Motricità fine:

AREA DELL'AUTONOMIA

(Personale - Sociale)

AREA SENSORIALE (A:VISTA - B:UDITO)

Difficoltà (tipo e grado di deficit):

ALTRE OSSERVAZIONI SIGNIFICATIVE ED EVENTUALI INDICAZIONI DI SVILUPPO**INDICAZIONI PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA**

Per favorire l'accesso alla frequenza scolastica, ai sensi della legge 104/92, nonché la piena fruizione dell'attività educativo-didattica della scuola, si ravvisa l'opportunità delle risorse e delle condizioni seguenti:

(barrare dove necessario)

- personale socio sanitario per l'autonomia e la relazione
- personale tecnico-riabilitativo in orario extrascolastico
- trasporto specializzato
- ausili tecnici:
- per la postura
- per la deambulazione
- per la comunicazione
- assenza barriere architettoniche
- trattamenti riabilitativi
- previsti
- in corso
- luogo e modalità di frequenza _____
- conclusi
- altro

Data _____

Firma