|  |  |
| --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO DI RUDIANO**  Via De Gasperi, n. 41 - 25030 Rudiano (BS)  TEL. 0307069017 - FAX 0307069018  email: [bsic86100r@istruzione.it](mailto:bsic86100r@istruzione.it) [bsic86100r@pec.istruzione.it](mailto:bsic86100r@pec.istruzione.it)  internet: www.icrudiano.gov.it  C.F. 82002390175 C.M. BSIC86100R |

**GIORNALE dell’insegnante**

##### sostegno

**anno scolastico 2017/2018**

# GRUPPO TECNICO OPERATIVO

**Gruppo Docente**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome | Docente di |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Assistente per l’autonomia/Operatore per l’integrazione**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome | del Comune di (Cooperativa) |
|  |  |

**Personale socio sanitario**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cognome e nome | Riferimento telefonico |
| Neuropsichiatra |  |  |
| Psicologo |  |  |
| Terapista della riabilitazione |  |  |
| Assistente sociale |  |  |

**Responsabile ASST/NPI (o suo delegato)**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome | Riferimenti telefonici |
|  |  |

**Altre figure**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Qualifica | Riferimenti telefonici |
|  |  |  |

*\*\*\*\* Il Gruppo Tecnico Operativo nomina al suo interno un insegnante* ***referente*** *che costituisca il punto di riferimento organizzativo e garantisca la continuità:*

* *nel rapporto con famiglie e altri servizi*
* *nel coordinamento delle attività*
* *nella tenuta della documentazione*

# INTERVENTI RIABILITATIVI ED EDUCATIVI

**Interventi riabilitativi in orario scolastico** (con uscita dalla scuola per recarsi c/o strutture specialistiche)

Tipo di intervento: (medico specialistico, neuropsichiatrico, psicologico, logopedico, psicomotorio, altro)

Operatore di riferimento:

Modalità

Tempi:

Metodologia di raccordo:

**Interventi riabilitativi in orario extra-scolastico**

Tipo di intervento: (medico specialistico, neuropsichiatrico, psicologico, logopedico, psicomotorio, altro)

Operatore di riferimento:

Tempi:

Modalità:

Metodologia di raccordo:

**Interventi educativi territoriali e/o domiciliari**

Tipo di intervento:

Operatori di riferimento:

Tempi:

Modalità:

Metodologia di raccordo:

Allegare sintesi dei Progetti attuati (finalità, attività, modalità e tempi di svolgimento, criteri e strumenti di verifica e valutazione, modalità di documentazione per la trasferibilità……..)

# ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA

###### GRUPPO CLASSE

n. alunni totale:

n. alunni certificati:

descrizione della classe: (numero di alunni, presenza di alunni con difficoltà particolari...)

|  |
| --- |
|  |

operatore psicopedagogico:

Laboratori (si intendono quelli attivati per tutti i bambini; specificare quali e con che frequenza)

|  |
| --- |
|  |

Altri progetti

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORARIO DELLA CLASSE** | | | | | |
| Indicare anche le contemporaneità su tutto il gruppo classe (no sostegno specifico per l'alunno) | | | | | |
| ore | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORARIO SCOLASTICO DELL 'ALUNNO/A** | | | | | |
|  | | | | | |
| ore | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**GLI INTERVENTI SI CONCRETIZZANO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | In classe | Fuori dalla classe |
| Specificare il n. di ore settimanali  (in media) e la disciplina | Specificare il n. di ore settimanali  (in media) e la disciplina |
|
| Con attività individuali e  specifiche |  |  |
| Con attività principalmente  individuali ma raccordandosi  con la classe |  |  |
| Con attività condotte a coppie |  |  |
| Con attività in piccolo gruppo |  |  |
| Con attività in gruppo (+ di 5  elementi) |  |  |
| Seguendo la metodologia  adottata per la classe intera |  |  |

# D A T I A N A G R A F I C I

Cognome ......................................................... Nome.........................................................

Codice fiscale……………………………………………………………………………….

Cittadinanza…………………………………………………………………………………

Per gli alunni provenienti da altri paesi: data di arrivo in Italia……………………………

Luogo di nascita ........................................(........). Data di nascita.........../…......./.................

Residente a ..........................................(.........) Via................................................n……..

Per eventuali contatti telefonici con la famiglia:

………………..…….......(figura di riferimento) Tel. ............................ Cell. ................................

………………..…….......(figura di riferimento) Tel. ............................ Cell. ................................

# COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Relazione di  parentela | Cognome e Nome | Data di nascita | Luogo di nascita | Titolo di studio | Professione |
| padre |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
| madre |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
| fratello/sorella |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
| fratello/sorella |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
| Ecc. |  |  |  |  |  |
| Altre figure conviventi (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |

Altre figure significative non incluse nel nucleo familiare

|  |
| --- |
|  |

**Cambiamenti rilevanti dell’assetto famigliare nel corso degli anni**

|  |
| --- |
|  |

Data..................…

|  |
| --- |
|  |

Data..................…

|  |
| --- |
|  |

Data..................…