

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
