

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

di Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado “GALILEO GALILEI”

Via Venezia, 15 - 66020 SAN GIOVANNI TEATINO (CH)

*Telefoni: Presidenza* 085/4465709 – *Segreteria/Fax* 085/4461242 *Cod. fisc.:* 80003380690 - Cod. mec.: CHIC811006

Sito web: www.istitutocomprensivosgt.it - E-mail: chic811006@istruzione.it - P. cert.: [chic811006@pec.istruzione.it](mailto:chic811006@pec.istruzione.it)

Al referente inclusione

dell'istituto ………………

INDICAZIONI PER IL PASSAGGIO NELLA SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO

L’alunno/a: ...............................................    nato/a a: ............................................... il: ...........................

frequentante la classe 3 sez. ...... a. s. 20...... /20......

presenta:

* DIAGNOSI FUNZIONALE redatta in data:.......................... da …………...................
* L. n.104/92 (specificare se con gravità …………………………..)
* ALTRO ……………………………………………………………………….

La scuola è in possesso dei seguenti documenti

* PEI
* PDF
* ALTRO …………………………………………….

Presentazione dell'alunno/a alla fine del  percorso triennale da parte del C. d C.:

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

Punti di forza ……………………………..............................

Punti di debolezza:...........................................................................

Figure di riferimento e relative ore di intervento durante il triennio della scuola secondaria di I Grado (insegnante e ore di sostegno /assistenza di base o assistenza educativa):

1° anno: ore di sostegno (se presente) ……… Ore di assistenza (se presente) ..………..

2° anno: ore di sostegno (se presente) ……… Ore di assistenza (se presente) ..………..

3° anno: ore di sostegno (se presente) ……… Ore di assistenza (se presente) ..………..

Nell'incontro con l'équipe  multidisciplinare con la Asl avvenuto in data ....................

Sono  intervenuti (specificare : Psicologo, Neuropsichiatra, Genitori, Docenti, altri operatori):

.............................................................................

Si è condiviso quanto segue:

* mantenere la figura dell’insegnante di sostegno per n. ore ………
* mantenere la figura dell’assistente per n. ore ……

(specificare se si intende mantenere la stessa figura educativa …………………………………………..)

* richiedere la figura dell’insegnante di sostegno per n. ore ………
* richiedere la figura dell’assistente per n. ore …….

Eventuali altre decisioni: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………

Indicazioni per la scuola secondaria di II  Grado (notizie utili per la formazione classi/ Figure specializzate/ ore di frequenza, eventuali compagni di riferimento)

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

DATA DI COMPILAZIONE ..........................

DOCENTE DI SOSTEGNO CHE COMPILA LA SCHEDA........................................................

Eventuale recapito del docente di sostegno ………………………..............

FIRMA

……………………….........