

RELAZIONE SULLE DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO

Cognome Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Nazionalità _____

Scuola _____

Classe _____

Tempo scuola _____

Eventuale inserimento anticipato _____

Eventuali non ammissioni alla classe successiva _____

Metodo di letto scrittura adottato: fonico sillabico misto globale

altro (dettagliare) _____

AREA	OSSERVAZIONI INZIALI	INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI ATTIVATI	DIFFICOLTA' PERSISTENTI
LINGUISTICA			
APPRENDIMENTO DELLA LETTO-SCRITTURA PARAMETRI: -COSTRUTTIVI -ESECUTIVI			
APPRENDIMENTO DELLA MATEMATICA			
PROCESSI DI APPRENDIMENTO			
AUTONOMIA			
COMPORAMENTO			
RELAZIONE (CON I PARI E CON GLI ADULTI)			

Gli insegnanti

Il Dirigente Scolastico

I genitori (o chi ne fa le veci)

CONSENSO INFORMATO

I sottoscritti (madre) _____ (padre) _____
genitori del bambino/a _____ nato a _____ il _____

acquisita cognizione della disciplina vigente e dei propri diritti a tutela della privacy, individuato il ben delimitato ed indispensabile ambito di comunicazione e diffusione dei dati che saranno raccolti o prodotti, preso atto dell'adozione di ogni cautela e salvaguardia della riservatezza di dette informazioni, esprimono il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali che riguardano il proprio figlio, ivi compresi quelli strettamente sensibili ai fini assolutamente necessari (D. Lgs. 30-06-2003, n. 196).

Firma della madre (o di chi ne fa le veci)

Firma del padre (o di chi ne fa le veci)
