# **RELAZIONE FINALE**

ALUNNO/A CLASSE: PLESSO: DATA E LUOGO DI NASCITA:

CODICE DIAGNOSI:

ANNO SCOLASTICO:

DOCENTI DELLA CLASSE

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **DISCIPLINE DI INSEGNAMENTO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Nel corrente anno scolastico sono state assegnate Ore di sostegno:

Ore di assistenza specialistica all’autonomia:

Ore di assistenza specialistica alla comunicazione (per disabilità sensoriali e/o intellettive e disturbi del neurosviluppo)

INSERIMENTO IN CLASSE (DATI DELLA CLASSE)

\_

\_

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA D’INTERVENTO** | **SITUAZIONE FINALE** |
| **AREA AFFETTIVO- RELAZIONALE** | **Obiettivi raggiunti:**  **Obiettivi da potenziare:** |
| **AREA DELL’AUTONOMIA** | **Obiettivi raggiunti:**  **Obiettivi da potenziare:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA LINGUISTICO ESPRESSIVA** | **Obiettivi raggiunti:**  **Obiettivi da potenziare:** |
| **AREA NEUROCOGNITIVA** | **Obiettivi raggiunti:**  **Obiettivi da potenziare:** |
| **AREA PSICOMOTORIA** | **Obiettivi raggiunti:**  **Obiettivi da potenziare:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA LOGICO MATEMATICA** | **Obiettivi raggiunti:**  **Obiettivi da potenziare:** |

METODOLOGIE E STRATEGIE

\_

MEZZI E STRUMENTI

VERIFICA E VALUTAZIONE

\_\_

INTERVENTI DA ATTUARE PER IL PROSSIMO ANNO SCOLASTICO

Assistenza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assistenza di base (**per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi** a cura dei collaboratori scolastici) | Assistenza specialistica all’autonomia e/o alla comunicazione (**per azioni riconducibili ad interventi educativi**): | |
| *igienica* ◻ | Comunicazione: | |
| *spostamenti* ◻ | *assistenza ad alunni/e privi/e della vista* ◻ | |
| *mensa* ◻ | *assistenza ad alunni/e privi/e dell’udito* ◻ | |
| *altro* ◻ *(specificare )* | *assistenza ad alunni/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo* ◻ | |
|  | Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella: | |
|  | *cura di sé* ◻ | |
|  | *mensa* ◻ | |
|  | *altro* ◻ *(specificare*  *……………………………………………….)* | |
| Per le esigenze di tipo sanitario si rimanda alla relativa documentazione presente nel Fascicolo dell’alunno/a | | |
| Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.) | | Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo |
| Proposta del numero di ore di sostegno per l'anno successivo\*  \* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017 | | Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, dai risultati raggiunti, nonché da eventuali difficoltà emerse durante l'anno, si propone - nell’ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 29.12.2020 n. 182 - il seguente fabbisogno di ore di sostegno.  Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo  con la seguente motivazione: |

La verifica finale, con la proposta del numero di ore di sostegno e le risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nonché le tipologie di assistenza/figure professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno scolastico successivo, è stata approvata dal GLO in data

Come risulta da verbale allegato.

FIRMA DEL TEAM DOCENTI