**A.S. \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Monitoraggio alunni con BES**

|  |  |
| --- | --- |
| **ALUNNO/A** |  |
| **CLASSE -SEZIONE**  |  |
| [ ]  **Infanzia** **[ ]**  **Primaria** **[ ]** **Secondaria** |
| **Tipologia di BES** | [ ]  **ADHD /DPO**[ ]  **Svantaggio**[ ]  **Altro** (specificare)  |
|  |
| **Tipo di SVANTAGGIO** | [ ]  **Socio-economico**[ ]  **Linguistico-culturale**[ ]  **Disagio comportamentale/relazionale e carenze affettive-relazionali**[ ]  **Altro (**specificare)  |
|  |
| **In fase di certificazione** | [ ]  **DSA**[ ]  **Disabilità (l. 104/92** |
| **EDUCATORE** (se presente) |  | **n. ore** |  |
| **CENTRO/ASL** (se seguito) |  |

**RAPPORTI**

**DOCENTI**

Durante l'anno scolastico la relazione dell'alunno/a con i docenti è stata

[ ]  Ottima [ ]  Buona [ ]  Problematica

[ ]  con tutti i docenti [ ]  con la maggior parte dei docenti [ ]  solo con pochi docenti

**COMPAGNI**

Durante l'anno scolastico la relazione dell'alunno/a con i compagni è stata

[ ]  Ottima [ ]  Buona [ ]  Problematica

[ ]  con tutti i compagni [ ]  con la maggior parte dei compagni [ ]  solo con pochi compagni

**SCUOLA- FAMIGLIA**

Durante l'anno scolastico la collaborazione tra i docenti e la famiglia dell'alunno è stata

[ ]  Ottima [ ]  Buona [ ]  Problematica [ ]  Assente

**EQUIPE MEDICA-ASL** (compilare solo se presente)

Durante l'anno scolastico la collaborazione con i CENTRI riabilitativi/ASL è stata

[ ]  Assidua [ ]  Sporadica [ ]  Assente

[ ]  Efficace [ ]  Non efficace

Si sono avuti n. \_\_\_\_\_ incontri con i CENTRI riabilitativi/ASL

**SERVIZI SOCIALI-EDUCATORI** (compilare solo se presenti)

Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante l'anno scolastico la collaborazione con i servizi sociali e gli educatori è stata

[ ]  Assidua [ ]  Sporadica [ ]  Assente

[ ]  Efficace [ ]  Non efficace

**ANDAMENTO DIDATTICO DISCIPLINARE DELL’ANNO SCOLASTICO**

Breve relazione sull'alunno/a: indicare eventuali particolari problematiche emerse in classe durante le attività e azioni di intervento:

**RICHIESTE INTERVENTO**

**Indicazione/richieste intervento richiesto per l’anno successivo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **SI/NO** |
| Docente Potenziamento |  |
| Educatore a scuola |  |
| Educatore a casa |  |
| Pedagogista/Psicologo |  |

NOTE aggiuntive del team docente

**ESITO FINALE**

Nel complesso l’alunno/a

[ ]  ha raggiunto gli obiettivi programmati [ ]  non ha raggiunto gli obiettivi programmati

Pertanto, si prevede **l'ammissione alla classe successiva/all’esame di stato**

 [ ]  SI [ ]  NO

…..., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Coordinatore (per i docenti di classe)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_