**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)

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