

**A CURA DELLA SCUOLA**  
**SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO**  
**BAMBINI CERTIFICATI EX 104/92**

**D.D. O IST. COMPR:**

**SCUOLA:**

(l'informazione richiesta si riferisce all'A.sc. 2018-19)

Scuola dell'infanzia  classe  sezione

Scuola primaria  classe  sezione

Scuola Secondaria di primo grado  classe  sezione

**Oggetto: rilevazione del bisogno**

Il presente, il cui contenuto è coperto da segreto professionale, è redatto dagli insegnanti del corpo docente del C.d.C in collaborazione, se presente, con l'educatore del servizio

AESS, è relativo all'alunno  nato a

il , ISCRITTO PER IL PROSSIMO ANNO SCOLASTICO 2018/19 ALLA

classe  sez.

PLESSO

modalità di frequenza (indicare il n° delle ore settimanali):

L'alunno:

è portatore di handicap ai sensi della legge 104/92  si  No

ha insegnante di sostegno (a.s. in corso) con rapporto  si  No n.ore/sett

ha educatore o assistente educativo (a.s. in corso)  si  No n.ore/sett

All'interno della stessa classe sono presenti n.  altri bambini con handicap e/o svantaggio per i quali è stato richiesto il servizio educativo specialistico.

**Diagnosi come risultante da verbale L. 104/92 e Diagnosi Funzionale**

**Fornire di seguito chiarimenti ed evidenziare le difficoltà che si manifestano nell'alunno in modo persistente e sostanziale durante la frequenza:**

Per l'alunno di cui sopra è stato richiesto per l'anno scolastico 2018/2019 il sostegno didattico con rapporto  e con la previsione di n°  ore di presenza del sostegno in classe. Tale previsione sarà confermata solo al momento della formazione definitiva degli organici scolastici.

**In base a quanto sopra esposto si ritiene che l'alunno necessiti Sostegno educativo e/o alla comunicazione per n.ore/sett**

( si sottolinea che nella definizione del fabbisogno, si deve tenere delle reali necessità, in realazione al tempo scuola, alle ore di sostegno, presenza di altri alunni e eventuali assenze per terapia riabilitativa)

**Brevi motivazioni a sostegno degli interventi richiesti:**

per il CdC,  
il Dirigente Scolastico

.....

L'educatore del Servizio AESS  
(se presente)

.....

L'esercente la potestà genitoriale (per presa visione)

Data ..... Firma .....