

Area funzionale corporea e cognitiva	Deficit motori:	
	Deficit sensoriali:	
	Condizioni fisiche difficili (ospedalizzazioni, malattie acute o croniche, lesioni, fragilità, anomalie cromosomiche, anomalie del corpo, altro):	
	DSA _disgrafia _dislessia _discalculia _disortografia	
	Mancanza di autonomia nel movimento e nell'uso del proprio corpo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Difficoltà nell'uso di oggetti personali e di materiali scolastici (indicare quali.....)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Mancanza di autonomia negli spazi scolastici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Difficoltà di gestione del tempo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Necessità di tempi lunghi dovuta: _all'incapacità di mantenere l'attenzione sul compito _a problemi di comprensione e gestione delle tecniche di risoluzione del compito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Difficoltà di attenzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Difficoltà di memorizzazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Difficoltà di ricezione- decifrazione delle informazioni verbali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Difficoltà nell'espressione verbale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

	Difficoltà nell'espressione scritta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Difficoltà nell'applicare conoscenze	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Padronanza della lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Difficoltà nella partecipazione attiva relativa alle discipline (specificare quali.....)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Area relazionale	Difficoltà di autoregolazione e autocontrollo relative	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	_ al comportamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	_ alle emozioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Difficoltà nella relazione con i compagni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Difficoltà nella relazione con gli insegnanti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Difficoltà di relazione con gli adulti che operano nell'ambito scolastico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Fattori del contesto famigliare	Famiglia problematica: indicare i fattori che causano sofferenza e disagio psicologico.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
------------------------------------	---	-----------------------------	-----------------------------