**E) COMPLESSITA’ DELLA CLASSE - RILEVAZIONE**

**Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° totale alunni \_\_\_\_\_**

Descrizione dei casi di bisogno educativo speciale per cui vengono richiesti strumenti di flessibilità da impiegare nell’azione educativo-didattica:

| **Alunno/a** | **Tipi di BES***(Vedi legenda )* | **Modalità di intervento** | **Programmazione incontri** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

| ***LEGENDA: AREE DI RIFERIMENTO E INDICATORI*****AREA ADA: ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI**1. ALUNNO DISABILE GIÀ CERTIFICATO
2. ALUNNO SEGNALATO IN ATTESA DI VALUTAZIONE DAL SSN

**AREA DSA : DISTURBI SPECIFICI DELL’APPRENDIMENTO**1. ALUNNO CON DSA GIA’ CERTIFICATO
2. ALUNNO INVIATO AL SSN PER SOSPETTO DSA IN ATTESA DI DIAGNOSI
3. ALUNNO RISULTATO CON RICHIESTA DI ATTENZIONE IN SEGUITO ALLO SCREENING

**AREA DES: DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI**1. ADHD GIÀ CERTIFICATO(DISTURBO DELL’ATTENZIONE CON IPERATTIVITA’)
2. DIFFICOLTÀ DI ATTENZIONE
3. …
4. DISTURBI COMPORTAMENTALI
5. DIFFICOLTÀ DI RELAZIONE
6. FUNZIONAMENTO COGNITIVO LIMITE/ BORDERLINE
7. RITMI DI APPRENDIMENTO LENTI
8. DIFFICOLTÀ NEI PROCESSI LOGICO-ANALITICI
9. LACUNE NELLA PREPARAZIONE DI BASE
10. DIFFICOLTÀ LINGUISTICHE

**AREA SVANT: SVANTAGGIO**1. SVANTAGGIO SOCIOCULTURALE
2. SITUAZIONE FAMILIARE DIFFICILE
3. SCARSA MOTIVAZIONE ALLO STUDIO
4. FRAGILITÀ PSICOLOGICHE (AUTOSTIMA, SEPARAZIONI, TRASFERIMENTI, LUTTI ED ALTRO…)
5. ALUNNO STRANIERO CHE NECESSITA DI PRIMO SOCCORSO LINGUISTICO PER COMUNICARE
6. ALUNNO STRANIERO CHE NECESSITA DI UN APPROFONDIMENTO LINGUISTICO PER STUDIARE

**ALTRO** 1. ……..
 | **Modalità di intervento**PEI (piano educativo individualizzato)legge 104/92PDP (piano didattico personalizzato)Organizzazione della didattica:* classi aperte
* a piccolo gruppo
* attività di potenziamento
* attività di recupero
* tutoring

 -altro (specificare)**Programmazione incontri**1.GL operativo (legge 104/92)2.Ricevimento famiglie3.Mensile4.Altro ….(specificare) |
| --- | --- |

 Data FIRMA INSEGNANTI

………………………………………………………. ……………………………………………