

## SCHEDA DICHIARAZIONI STUDENTE IN INGRESSO

<b>Cognome e nome studente</b>	<b>Scuola media di provenienza:</b>
<b>Voto condotta 3<sup>a</sup> media:</b>	<b>Voto esame 3<sup>a</sup> media:</b>

CONTATTI	STUDENTE	MADRE	PADRE
mail			
cellulare			

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di  padre  madre  tutore legale dello studente \_\_\_\_\_,

**1) Segnala, relativamente ai “Bisogni Educativi Speciali”, che:**

l'alunno/a presenta un “Bisogno Educativo Speciale”  SI  NO

Se SI, quale tipologia:

**A) Disabilità certificata ai sensi della L.104/92**

*documentazione già presentata alla scuola*

*documentazione che la famiglia si riserva di presentare a breve*

Si avvale del Sostegno?  SI  NO

**B) Disturbi evolutivi specifici**

*Quale tipologia?*

**Disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) certificato ai sensi della L.170/2010**

*documentazione già presentata alla scuola*

*documentazione che la famiglia si riserva di presentare a breve*

**Altri disturbi evolutivi**

*Funzionamento intellettivo limite*

*Deficit del linguaggio*

*Disturbo delle abilità non verbali*

*ADHD (Disturbo dell'attenzione e dell'iperattività)*

*Spettro Autistico Lieve*

*Disturbo oppositivo-provocatorio*

*Disturbo d'ansia*

*Disturbi dell'umore*

*Disprassia (Disturbo della coordinazione motoria)*

*Altro \_\_\_\_\_*

*documentazione già presentata alla scuola*

*documentazione che la famiglia si riserva di presentare a breve*

**C) Altri Bisogni educativi Speciali (BES) – Direttiva Ministeriale 27 Dicembre 2012**

*(PDP redatto dal Consiglio di classe della Terza media)*  SI  NO

*documentazione già presentata alla scuola*

*documentazione che la famiglia si riserva di presentare a breve*

*documentazione non presente*

Se SI, quale tipologia:

Svantaggio di natura fisico-biologica (alunno ospedalizzato o con patologie che comportano lunghe o frequenti assenze per visite, terapie, ecc.)

Svantaggio Socio-economico-culturale

Svantaggio Linguistico, in quanto straniero in Italia dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

*Minore straniero non accompagnato*

Altro \_\_\_\_\_

2) Segnala l'assunzione di farmaci da parte del/della proprio/a figlio/a.  SI  NO

Se Sì, quali:

- Farmaci salvavita
- Farmaci indispensabili

3) Segnala, relativamente ad **autonomia e comportamento**, che l'alunno/a presenta:

**DIFFICOLTÀ DI AUTOCONTROLLO e/o a tenere in autonomia comportamenti responsabili**

*(Lo studente mostra difficoltà a eseguire le indicazioni comportamentali impartite dal personale della scuola, mettendo a rischio talvolta la sicurezza personale, degli altri e degli ambienti scolastici, di raggiungere la scuola e far ritorno a casa in autonomia, ...)*

SI  NO

4) Segnala la presenza di **DIFFICOLTA' MOTORIE** specifiche delle quali tener conto nell'ambito scolastico  SI  NO

Se Sì, quali:

- Difficoltà nella deambulazione
  - Impiego di ausili per gli spostamenti
- Altro \_\_\_\_\_

5) Dichiaro di aver preso visione dell' "**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 per il trattamento dei dati personali degli ALUNNI e delle FAMIGLIE**" (disponibile sul sito web della scuola – sez. "Trattamento Dati – PRIVACY")

6) Dichiaro di aver preso visione dell' "**Informativa sul trattamento dei dati personali (servizio pagoinrete)**" e di prestare il consenso al relativo trattamento (disponibile sul sito web della scuola – sez. "Trattamento Dati – PRIVACY")

7) Dichiaro di aver preso visione e di sottoscrivere il "**Patto educativo di corresponsabilità – rapporti scuola-famiglia**" (disponibile sul sito web della scuola – sez. "Regolamenti d'istituto")

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Luogo) (data)

**FIRMA:** \_\_\_\_\_