|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MINISTERO DELL’ISTRUZIONE  UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  ISTITUTO COMPRENSIVO “VITRUVIO POLLIONE”  Via E.Filiberto,73 – 04023 Formia (LT) – tel 0771/21193-fax 0771/322739  C.F. 90027840595 -e mail: [ltic81300v@istruzione.it](mailto:ltic81300v@istruzione.it) - [ltic81300v@pec.istruzione.it](mailto:ltic81300v@pec.istruzione.it) | **C:\Users\User\Desktop\logo ultimo.jpg** |

**SCHEDA DI RILEVAZIONE DEGLI ALUNNI CON**

**BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI (BES)**

**2° Quadrimestre**

**Scuola...........................................Plesso............................Classe/Sez....................**

**n° totale alunni frequentanti.............. di cui:**

**n° alunni DSA** (L.170/2010)……………………………………………………………………………(indicare nomi e tipologia)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | Dislessia | Disortografia | Disgrafia | Discalculia | Ampio raggio |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**n° alunni con disabilità** (L.104/92)…………(indicare nomi)………………………………………………………………………..

**n° alunni con BES** (DM 27/12/2012 e CM n°8/2013) …………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Alunni BES rilevati** |  |  |
| **In via di osservazione del gruppo docente** | **In fase di screening da parte dei servizi** | **Diagnosticati** |  |
| n°….. | n°….. | n°….. |  |

**TIPI DI BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **Disturbi evolutivi specifici : ADHD/DOP** | **Disturbi evolutivi specifici: Borderline cognitivo** | **Svantaggio socioeconomico** | **Svantaggio linguistico-culturale** | **Disagio comportamentale/relazionale** | **Altro** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Il consiglio di classe/sezione, ai sensi della Direttiva Ministeriale del 27/12/2000 e della C.M n.8 del 2013, considerati gli “elementi oggettivi e/o le opportune motivazioni psico-pedagogiche e didattiche”, rileva la presenza dei seguenti alunni con Bisogni Educativi Speciali:**

**Descrizione dei casi di BES e didattica inclusiva** (trascrivere numeri e lettere come da legenda):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alunno/a** | **Modalità di intervento** | **PEP**  **Sì No** | | **Risultati raggiunti e competenze acquisite** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Data……………. Firma gruppo docente :

**Legenda modalità di intervento BES**

1. a classe intera e) attività di recupero
2. a piccolo gruppo f) tutoring
3. individualmente g) percorso educativo personalizzato

d) altro (specificare)……………………….