ISTITUTO COMPRENSIVO

di SCUOLA dell’INFANZIA, PRIMARIA e SECONDARIA di PRIMO GRADO

“Leonardo da Vinci”

Via D’Annunzio, 18 - 34077 **RONCHI DEI LEGIONARI (GO)**

Tel.: 0481-777035 Fax 0481-775834

e-mail: [goic805009@istruzione.it](mailto:goic805009@istruzione.it) PEC: [GOIC805009@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:GOIC805009@PEC.ISTRUZIONE.IT)

**RELAZIONE FINALE DELL’ATTIVITÀ**

**DI SOSTEGNO**

Alunno/a: (*solo iniziali*)

Scuola:

Classe/Sezione:

Anno scolastico:

**PRESENTAZIONE DELL’ALUNNO/A**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e Cognome | Per esteso |
| Data di nascita |  |
| Classe e Scuola |  |
| Riconoscimento situazione di gravità (c. 3, art. 3, L. 104/92). | SÌ NO |
| Ore di sostegno |  |
| Ore intervento educativo (o assistenziale) | lasciare solo l’opzione corretta |

**RISULTATI RAGGIUNTI IN ATTUAZIONE DELL’INTERVENTO DI SOSTEGNO DEFINITO NEL PEI**

Autonomia

Relazioni

Apprendimenti

**ALTRE OSSERVAZIONI**

**INDICAZIONI PER LA PROSECUZIONE DELL’INTERVENTO DI SOSTEGNO PER L’ANNO SCOLASTICO 20…./…..**

SI RITIENE NECESSARIA L’ASSEGNAZIONE DI **….. ORE DI SOSTEGNO** PER IL PROSSIMO ANNO SCOLASTICO.

**Definizione dei bisogni educativi e didattici e motivazione della richiesta oraria**

La RELAZIONE FINALE è stato concordata e redatta da:

**L’insegnante di sostegno**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e Nome | Firma |
|  |  |

**L’ Equipe Pedagogica** (*per la scuola dell’Infanzia*)

|  |  |
| --- | --- |
| Docente (Cognome e Nome) | Firma |
|  |  |
|  |  |

**Il Consiglio di Classe** (*per la secondaria* e *primaria*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Discipline | Docente (Cognome e Nome) | Firma |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ronchi dei Legionari, …. / …. / ……..