



## Modulo B

# SCHEDA DISABILITÀ Intellettive e Relazionali

### ANAGRAFICA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_ ) DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

SESSO

M

F

### TIPOLOGIA E GRADO DI DISABILITÀ

DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO: (specificare il tipo di patologia) \_\_\_\_\_

- Livello 1 – Non necessita di supporto
- Livello 2 – Necessario un supporto
- Livello 3 – Necessario un supporto significativo
- Livello 4 – Necessario un supporto molto significativo

SINDROME DI DOWN: (se presenti, indicare fattori di comorbilità) \_\_\_\_\_

DISABILITÀ INTELLETTIVA: (se presenti, indicare fattori di comorbilità) \_\_\_\_\_

- Lieve
- Moderato
- Grave
- Estremo

- ALTRO: \_\_\_\_\_

## ANAGRAFICA ACCOMPAGNATORE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_) DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

RECAPITO CELLULARE \_\_\_\_\_

### GRIGLIA DI OSSERVAZIONE

<b>AUTONOMIA PERSONALE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>IN PARTE</b>
Sa dire nome e cognome			
Sa infilarsi e sfilarsi gli indumenti			
Sa togliere e mettersi le scarpe in modo corretto			
Mangia autonomamente senza l'aiuto dell'adulto			
Beve da solo			
È autosufficiente in bagno			
Ha bisogno che gli venga ricordato di andare in bagno			
Lavora con sufficiente autonomia			
Rifiuta di lavorare in gruppo			
Saluta spontaneamente i coetanei e gli adulti a lui familiari			
Dice parolacce			
Prende gli oggetti che gli sono offerti			
Abbraccia, accarezza, bacia le persone adulti, coetanei e familiari			
<b>AREA AFFETTIVA RELAZIONALE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>IN PARTE</b>
Accetta la vicinanza di altri bambini e/o adulti			
Cerca attenzione			
Ricerca il contatto fisico			
Mostra comportamenti aggressivi			
<b>AREA PSICOAFFETTIVA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>IN PARTE</b>
<b>MANIFESTA LE PROPRIE EMOZIONI CON:</b>			
I gesti			
Il movimento			
L'espressione del volto			
Le parole			
<b>REAGISCE ALLE FRUSTRAZIONI:</b>			
Con il mutismo			
Isolandosi			

Con l'aggressività			
<b>MOSTRA DI AVERE PAURA DI:</b>			
Cose			
Persone			
Storie			
Travestimenti			
Buio			
<b>REAGISCE ALLA PAURA:</b>			
Piangendo			
Urlando			
Isolandosi			
<b>AREA COMUNICATIVO LINGUISTICA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>IN PARTE</b>
<b>SI ESPRIME CON:</b>			
Parola / frase			
Frase semplice ma comprensibile			
<b>IL LINGUAGGIO NON VERBALE:</b>			
Comunica con la motricità			
Ha cenni di assenso/diniego			
Fa comprendere ciò che vuole			
Richiede attenzione/ aiuto			
Risponde se chiamato per nome			
Comprende il significato di una frase semplice			
Comprende frasi riferite a cose, persone, fatti non presenti			
Si rende conto del tempo che passa			
Concetti di prima e dopo			
<b>AREA MOTORIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>IN PARTE</b>
Corre/Cammina /Rotola / striscia /gattona			
Esegue percorsi			
Imita movimenti			
Sa stare in equilibrio			
Si muove nell'ambiente senza urtare ostacoli			
Sa afferrare la palla			
Saltare a piedi alterni			

Allegare documentazione medica attestante la disabilità del partecipante rilasciata secondo le disposizioni della normativa in vigore

**Firma del partecipante/dell'esercente responsabilità genitoriale sul minore/del tutore**