

Data di compilazione:		
DATI GENERALI (si prega di far riferimento a.s.....)		
Anno di nascita dell'alunno:_____	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina
Alunno certificato ai sensi della ex L104/92	<input type="checkbox"/>	
Alunno certificato ai sensi della L170 /10	<input type="checkbox"/>	
Altro	<input type="checkbox"/>	

Vi invitiamo ad esprimere una valutazione barrando, per ogni domanda, solamente una casella.

Nota: La risposta n.a. (non applicabile) è da barrare quando il quesito non presenta attinenza con la Vostra esperienza.

INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

L'individuazione dell'alunno con bisogni educativi speciali è stata fatta in condivisione con:					
Servizi sociali	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> so	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> n.a.
Ausl	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> so	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> n.a.
Scuola	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> so	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> n.a.
Altro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> so	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> n.a.

PIANO PERSONALIZZATO

Siete stati coinvolti nell'elaborazione del Piano Personalizzato o PDP o PEI?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> so	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> n.a.
Sono state attivate procedure di verifica della permanenza del bisogno educativo speciale?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> so	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> n.a.
Il Piano Personalizzato (PP- PDP-PEI) include progetti di classe e/o di Istituto che prevedono il coinvolgimento attivo di Vostro/a Figlio/a ? Tali procedure sono state condivise con voi?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> so	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> n.a.

PIANO TRIENNALE dell'OFFERTA FORMATIVA – PTOF

Siete a conoscenza del fatto che la scuola ha predisposto un Piano Triennale dell'Offerta Formativa (PTOF)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> so	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> n.a.
Il Piano Triennale dell'Offerta Formativa Vi è stato consegnato ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> so	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> n.a.

Il Piano Triennale dell'Offerta Formativa Vi è stato spiegato?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Il Piano Triennale dell'Offerta Formativa contiene espliciti riferimenti all'inclusione scolastica degli alunni BES?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.

RAPPORTI CON IL DIRIGENTE

È stato disponibile, quando necessario a colloqui diretti?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Il Dirigente si dimostra attento al processo d'inclusione?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.

RISORSE PROFESSIONALI

Gli insegnanti del Consiglio di Classe hanno operato coerentemente con quanto previsto nel Piano Personalizzato o Piano Didattico Personalizzato o Programmazione Educativa Individualizzata?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Il coordinatore di classe si è dimostrato disponibile ai colloqui individuali?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Il coordinatore di classe condivide con il Consiglio di Classe le informazioni ricevute dalla famiglia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Avete trovato collaborazione tra i docenti?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Sono stati sollecitati nell'informarvi di eventuali difficoltà di vostro figlio/a?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Avete trovato adeguate le strategie educative proposte dal Consiglio di Classe?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
L'insegnante di sostegno, se presente, è disponibile?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Ha costruito con vostro figlio/a un buon rapporto?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Ritenete che gli insegnanti si siano attivati per costruire un clima inclusivo nella classe?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.

Esprimete il Vostro livello di soddisfazione in merito all'adeguatezza delle risorse professionali dell'insegnante di sostegno dell'a.s..... rispetto alle esigenze specifiche di Vostro/a Figlio/a	<input type="checkbox"/> Non soddisfatti	<input type="checkbox"/> Poco soddisfatti	<input type="checkbox"/> Soddisfatti	<input type="checkbox"/> Molto soddisfatti
---	--	---	--------------------------------------	--

Nel liceo è presente la Funzione Strumentale per l'Integrazione?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Quando contattata si è dimostrata disponibile e collaborativa?	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
Ha fornito informazioni esaustive?	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
Partecipa agli incontri di Programmazione Educativa Individualizzata?	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
Nel liceo è presente il referente DSA?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Quando contattato si è dimostrato disponibile e collaborativo?	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	

Ha fornito informazioni esaustive?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

PERSONALE ATA

Il personale della segreteria è disponibile?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Rispondono con sollecitudine alle richieste?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
I collaboratori scolastici sono attenti alle esigenze di vostro figlio/a?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Collaborano all'accoglienza degli alunni diversamente abili?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.

ORGANIZZAZIONE GITE / USCITE DIDATTICHE

Le gite/uscite didattiche anche di più giorni sono state organizzate nel rispetto delle esigenze di Vostro/a figlio/a?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
In occasione di gite scolastiche la scuola ha richiesto mezzi di trasporto adatti agli alunni diversamente abili?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Avete avuto bisogno di somministrare farmaci a vostro figlio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Siete a conoscenza dell'esistenza del Protocollo farmaci provinciale?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Se sì, la scuola ha attivato le direttive del Protocollo farmaci?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
Siete a conoscenza del Protocollo per le Uscite dell'Istituto?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.

Esprimete il Vostro livello di soddisfazione in merito all'adeguatezza delle risorse professionali rispetto alle esigenze specifiche di Vostro/a Figlio/a

- Non soddisfatti Poco soddisfatti Soddisfatti Molto soddisfatti

Eventuali osservazioni e suggerimenti:

.....

.....

AUSILI E ARREDI SPECIALI

La scuola si è attivata per fornire all'alunno eventuali ausili e arredi speciali?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
La scelta degli ausili/arredi è stata condivisa con la famiglia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.

ACCESSIBILITA' E SERVIZI PER GLI ALUNNI CERTIFICATI AI SENSI DELLA L.104/92

I locali scolastici di servizio utilizzati dagli alunni (palestre, laboratori, ecc.) sono anche accessibili agli alunni certificati?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.
I servizi igienici sono attrezzati per poter essere utilizzati dagli alunni certificati?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> n.a.

Grazie della Vostra disponibilità