

SCUOLA INFANZIA PLESSO………………….SEZ……………..

SCUOLA PRIMARIA PLESSO………………….CLASSE………..SEZ………

SCUOLA SECONDARIA CLASSE………SEZ…………

**SCHEDA di classe/sezione PER conferma identificazioneBES.**

Numero totale alunni/e della classe/sezione

|  |
| --- |
| **TIPOLOGIA DI BISOGNO EDUCATIVO SPECIALE (BES)** |
| **1** ALUNNO/A con **DISABILITA’** (L.104/92) |
| **2** ALUNNO/A con **DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI** (DSA, ADHD, BORDERLINE COGNITIVO, ALTRO)  **CERTIFICATI** (L.170/2010) |
| **3** ALUNNO/A con **BES** (problematicità COMPORTAMENTALI, EMOTIVE, APPRENDITIVE, LINGUISTICHE) ***NON CERTIFICATI*** da sottoporre a successiva valutazione DA PARTE DEL TEAM/CONSIGLIO DI CLASSE.  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome****ALUNNO/A** | **TIPOLOGIA dei Bisogni** **indicare il tipo di disagio/svantaggio prevalente:****-SOCIO ECONOMICO****-LINGUISTICO CULTURALE****-COMPORTAMENTALE- RELAZIONALE****-APPRENDIMENTO****-altro (specificare)** | **Eventuali ANNOTAZIONI**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ELENCO ALUNNI/E CON BES:**

DATA FIRMA DOCENTI (TEAM/CONSIGLIO DI CLASSE)