**QUESTIONARIO RIVOLTO AI GENITORI DELLO STUDENTE/DELLA STUDENTESSA**

**Studente/Studentessa**

Nome: **…………………………………………….**

Cognome**: ………………………………………**

**Genitori o chi esercita la patria potestà**

Madre: **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Titolo di studio…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Attività lavorativa…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Padre**: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Titolo di studio…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Attività lavorativa…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Altri componenti del nucleo familiare:

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **ATTEGGIAMENTO VERSO LA SCUOLA** |

1. **Lo studente/la studentessa vive l’esperienza scolastica in modo:**

**□** positivo…..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**□** accettabile…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**□** problematico (specificare…………………………………………………………………………………………………………………….)

|  |
| --- |
| **COMUNICAZIONE E LINGUAGGIO** |

1. **Nella vita quotidiana per comunicare**

□ utilizza il linguaggio non verbale (specificare: gesti, disegni, etc.)………………………………………………………….

□ utilizza una forma semplice di linguaggio verbale (parola – frase)………………………………………………………..

**□** utilizza una forma appropriata di linguaggio verbale……………………………………………………………………………..

**□** si serve di ausili/strumenti tecnologici (specificare)………………………………………………………………………………..

**□** ha iniziativa comunicativa……………………………………………………………………………………………………………………….

**□** ha iniziativa comunicativa pertinente rispetto al contesto…………………………………………………………………….

1. **Per quali scopi comunica:**

**□** esprimere una richiesta: (fame, sete, sonno etc.)

**□** ottenere attenzione

**□** rifiutare/respingere………………………………………………………………………………………………………………………………

**□** dare informazione (dice cose che voi non sapete)…………………………………………………………………………………..

**□** ricevere informazioni

**□** fare commenti

**□** esprimere sentimenti, emozioni (specificare quali……………………………………………………………………………..)

1. **Comprensione del linguaggio verbale**

**□** comprende enunciati e richieste semplici

**□** comprende enunciati e richieste verbali più complesse

**□** con supporto visivo: gesti, foto, disegni…(specificare ……………..…………………………………………………………)

**□** senza supporto visivo

**□** comprende messaggi scritti

1. **Con chi comunica più facilmente?**

**□** Familiari (specificare……………………………………………………………………………………………………………………………)

**□** Coetanei o amici

**□** Educatori o altre figure di riferimento

**In quali momenti comunica più facilmente?** ……………………………………………………………………………………

**…**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**In quali momenti comunica con difficoltà?** ……………………………………………………………………………………

**In quali momenti non comunica?** ………………………………………………………………………………………………………

1. **Manifesta le sue sensazioni (es. il dolore fisico)? In che modo?.........................................................**

**FACILITATORI E BARRIERE**

**Chi o che cosa lo aiuta nella comunicazione?**..........................................................................................

**C’è qualcosa o qualcuno che lo ostacola?**................................................................................................

**OSSERVAZIONI**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **ABILITÀ SOCIALI** |

1. **Ha acquisito le seguenti abilità sociali:**

**□** condivide un interesse con l’adulto/coetaneo

**□** interagisce con lo sguardo e/o con la parola nei momenti di condivisione

**□** prende l’iniziativa nell’interazione e nei contatti sociali

**□** sa aspettare il suo turno nel gioco e nell’interazione

□ segue le norme della vita quotidiana

**□** partecipa a una situazione nuova

**□** regola i comportamenti controllando le emozioni

1. **Nell’interazione con l’adulto:**

**□** discrimina tra le persone sconosciute e conosciute

**□** chiede aiuto agli adulti quando è necessario

**□** manifesta disponibilità e atteggiamenti collaborativi

**□** manifesta atteggiamenti aggressivi

1. **Nella relazione e nel comportamento con i coetanei:**

**□** gli/le piace interagire con i coetanei

**□** tende ad isolarsi

**□** può esprimere affetto verso un compagno/una compagna

**□** imita i coetanei

**□** partecipa alle attività di gruppo

**□** manifesta atteggiamenti aggressivi

**□** manifesta disponibilità ed apertura

**FACILITATORI E BARRIERE**

**Chi o che cosa lo aiuta nella interazione/relazione interpersonale?**.............................................................

**C’è qualcosa o qualcuno che lo ostacola?**................................................................................................

**OSSERVAZIONI**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **AUTONOMIA** |

**□** Manifesta i propri bisogni (fame, sete, sonno, altro) ………………………………………………………..…………………

□ è autonomo/a nella cura di sé (lavarsi, vestirsi, andare in bagno etc.)………………………………….…………………

**□** è in grado di apprendere procedure per svolgere semplici lavori (es. stage, alternanza scuola – lavoro)

**□** manifesta i seguenti punti di forza nella sfera dell’autonomia:……………………………………………………………….

□ manifesta le seguenti difficoltà nella sfera dell’autonomia:…………………………………………………………………….

**Assiste o collabora in qualcuna delle seguenti attività?**

**□** preparazione dei cibi……………………………………………………………………………………….……………………………………

**□** lavori domestici ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**□** giardinaggio …………….……………………………………………………………………………………………………………………………

**□** altro ………………….…….……………………………………………………………………………………………………………………………

**A casa quali attività svolge in autonomia?** ……………………………………………………………………………………………………..

**FACILITATORI E BARRIERE**

**Chi o che cosa lo aiuta nella dimensione dell’autonomia?**..................................................................................

**C’è qualcosa o qualcuno che lo ostacola?**............................................................................................................

**OSSERVAZIONI**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **ABILITÀ E COMPETENZE** |

1. **Manifesta le seguenti abilità:**

**□** mantiene l’attenzione sulle attività proposte (per quanto tempo?............................................................)

**□** ricorda esperienze, fatti recenti

**□** ricorda esperienze, fatti lontani nel tempo

**□** ricorda le procedure utili a svolgere un’attività

**□** riesce ad eseguire varie operazioni che coinvolgono la motricità fine

**□** riesce ad eseguire varie operazioni che coinvolgono le abilità grosso - motorie

**□** manifesta difficoltà motorie nelle seguenti attività (specificare quali………………………………………….....……..)

**□** apprende per imitazione

**□** trova alternative per risolvere un problema

**□** prende iniziative (specificare quali ………………………………………………………………………………………..)

**□** esprime le proprie emozioni (specificare quali………………………………………………………………………….)

**□** sa utilizzare il computer e/o il tablet (specificare le attività che riesce a fare: giocare, scrivere, reperire informazioni, etc.)……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Ha acquisito le seguenti competenze spaziali:**

□comprende i concetti topologici (dentro/fuori, davanti/dietro, sopra/sotto, alto basso)

**□** sa orientarsi in ambienti familiari

**□** quando esce per strada riconosce i luoghi

**□** sa prevedere la direzione corretta per andare in qualche luogo

**□** riesce ad orientarsi con l’aiuto di una mappa

**Indicare eventuali ulteriori abilità e le difficoltà ancora presenti nell’ambito delle competenze spaziali:………………………………………………………………………….…………………………………………………………….**

1. **Sicurezza personale**

**□** riconosce un ostacolo (zaino a terra, ecc.) e riesce ad evitarlo

**□** riconosce i pericoli (specificare quali …………………………………………………………………….…………………

**□** evita i pericoli (specificare quali ………………………………………………………….………………………………………)

1. **Ha acquisito le seguenti competenze temporali:**

**□** conosce la scansione temporale (settimana, mesi, stagioni, anni)

**□** si rende conto della durata delle azioni

**□** distingue le varie dimensioni del tempo (passato, presente e futuro)

**□** riesce a fare previsioni e programmi sulla base di scadenze

**□** conosce e/o usa l’orologio

**Indicare le difficoltà sussistenti nella sfera delle competenze temporali**………………………………………..

**FACILITATORI E BARRIERE**

**Chi o che cosa lo aiuta nel mettere in atto le precedenti abilità e competenze?**................................................

**C’è qualcosa o qualcuno che lo ostacola?**............................................................................................................

**OSSERVAZIONI**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **TEMPO LIBERO** |

1. **Quali sono gli oggetti che usa più frequentemente?..........................................................................**
2. **Quali sono le attività che svolge nel tempo libero?**

**□** ascoltare musica (specificare generi/cantanti preferiti……………………………………………………………………)

**□** guardare latelevisione

**□** guardare film (specificare preferiti………………………………………………………………………………………...)

□ assistere a spettacoli (specificare preferiti……….…………………………………………………………………………)

□ leggere libri (specificare preferiti……………..………………………………………………………………………………)

**□** attività grafico – pittoriche……………………………………………………………………………………………………………..

**□** altro ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Attività preferite**

* A casa: ……………………………………………………………………………………………………………………………………..
* Fuori casa:…………………………………………………………………………………………….…………………………………..

1. **Interessi specifici (passioni – personaggi – giochi preferiti etc.)**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. **Nel pomeriggio**

**□** Frequenta gruppi o associazioni (specificare)………………………………………………………………………………

**□** Pratica attività sportive, ricreative o culturali (specificare)…………………………………………………………..

**□** Frequenta amici…………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **COMPORTAMENTI** |

1. **Manifesta autoaggressività?**

**□** No

**□** Sì

**Se sì, quando e come?** ……………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Manifesta aggressività?**

**□** No

**□** Sì

**Se sì, di che tipo?**

**□** verbale

**□** fisica verso gli oggetti

**□** fisica verso le persone

**□** entrambe

**Quando e perché?**

**□** dopo una frustrazione verso se stesso e/o gli altri

**□** dopo essere stato aggredito da qualcuno

**□** per affermarsi

**□** per stanchezza

**□** altro……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Quando il/la ragazzo/a è agitato e/o sta piangendo come intervenite per calmarlo?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Quando il/la ragazzo/a si è comportato in modo adeguato o ha svolto un compito molto bene, di solito come lo ricompensate?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Eventuali altri aspetti comportamentali da segnalare** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **ULTERIORI INFORMAZIONI** |

1. **Il suo riposo notturno è:**

**□** tranquillo

**□** continuo

**□** agitato

**□** usa tranquillanti

1. **Solitamente dorme** dalle ore……………………………..alle ore………………………………………………………………….
2. **Abitualmente dorme:**

**□** da solo

**□** con altri

1. **Stato di salute**………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Eventuali malattie specifiche, allergie, intolleranze alimentari da segnalare**…………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Manifesta segni di disordine sensoriale?**

**□** ipersensibilità al tatto…………………………………………………………………………………………………………….

**□** iposensibilità al tatto …………………………………………………………………………………………………………….

**□** ipersensibilità al suono…………………………………………………………………………………………………………

**□** iposensibilità al suono …………………………………………………………………………………………………………..

**□** ipersensibilità visiva ..……………………………………………………………………………………………………………

**□** iposensibilità visiva ..…………………………………………………………………………………………………………….

**□** ipersensibilità agli odori ……………………………………………………………………………………………………….

**□** iposensibilità agli odori ………………………………………………………….…………………………………………….

**□** ipersensibilità al movimento ……………………………………………………………………………………………….

**□** iposensibilità al movimento .………………………………………………….…………………………………………….

1. **Eventuali farmaci:……………………………………………………………………………………………………………………………**
2. **Eventuali terapie e/o attività riabilitative seguite……………………………………………………………………………**

|  |
| --- |
| **FATTORI CONTESTUALI CHE INFLUISCONO/POSSONO INFLUIRE NELLA PERFORMANCE** |

**□** Dispone dei farmaci necessari per la sua salute

**□** ha a disposizione prodotti e tecnologie per l’uso personale (compresi occhiali, ausili, etc.)

□ ha a disposizione prodotti e materiali per l’istruzione (libri di testo, computer, cellulare, internet, strumenti, etc.)

**□** ha il sostegno della famiglia ristretta

**□** ha il sostegno della famiglia allargata

**□** ha il sostegno di amici e compagni di scuola

**□** ha il sostegno di insegnanti

**□** ha il sostegno delle persone che forniscono aiuto o assistenza (volontari, operatori sociali)

**□** ha il sostegno di operatori sanitari (es. terapisti per le funzioni che riguardano gli apprendimenti)

|  |
| --- |
| **OBIETTIVI DA PRIVILEGIARE** |

**Elencare per ciascuna voce aspettative utili a migliorare la qualità di vita personale, familiare e sociale.**

**COMUNICAZIONE/LINGUAGGIO……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**RELAZIONE/INTERAZIONE SOCIALE...............................………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**AUTONOMIA……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**APPRENDIMENTO………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

|  |
| --- |
| **ULTERIORI INFORMAZIONI** |

**Indicare ulteriori aspetti caratteriali, punti di forza, esperienze significative per l’alunno che si ritiene utile segnalare……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**EVENTUALI RICHIESTE, PROPOSTE E SUGGERIMENTI**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**