

All. A QUADRO RIASSUNTIVO ALUNNI DISABILI A.S. 2004/2005

SCUOLA MATERNA _____

Tel. _____

Fax _____

e-mail _____

N.	Cognome e Nome dell'alunno	SZ	RIP	Sede di frequenza (Sede centrale o plesso)	Ente certificante/ Data diagnosi funzionale	Tipologia di handicap*					Gra- vità	Auto- nomia	Ore di sostegno previste nel PEI
						Ps.	Ud.	Vi.	Dw.	Aut.			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													

Referente GLH
compilatore _____

Data , -----

Timbro

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

* Leggenda: barrare con una X

Ps. Psicofisico

Ud. Udito

Vi. Vista

Dw. Down

Aut. Autistico

Gravità: SI - NO

Autonomia : SI - NO

All. A QUADRO RIASSUNTIVO ALUNNI DISABILI A.S. 2004/2005

SCUOLA ELEMENTARE _____

Tel. _____

Fax _____

N.	Cognome e Nome dell'alunno	CL	RIP	Sede di frequenza (Sede centrale o plesso)	Ente certificante/ Data diagnosi funzionale	Tipologia di handicap*					Gra- vità	Auto- nomia	Ore di sostegno previste nel PEI
						Ps.	Ud.	Vi.	Dw.	Aut.			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													

Referente GLH
compilatore _____

Data, -----

Timbro

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

* Leggenda: barrare con una X

Ps. Psicofisico

Ud. Udito

Vi. Vista

Dw. Down

Aut. Autistico

Gravità: SI - NO

Autonomia : SI - NO

All. A QUADRO RIASSUNTIVO ALUNNI DISABILI A.S. 2004/2005

SCUOLA MEDIA I Grado

N.	Cognome e Nome dell'alunno	CL	RIP	Sede di frequenza (Sede centrale o plesso)	Ente certificante/ Data diagnosi funzionale	Tipologia di handicap*					Gra- vità	Auto- nomia	Ore di sostegno previste nel PEI
						Ps.	Ud.	Vi.	Dw.	Aut.			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													

Referente GLH
compilatore _____

Data, -----

Timbro

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

* Leggenda: barrare con una X

Ps. Psicofisico

Ud. Udito

Vi. Vista

Dw. Down

Aut. Autistico

Gravità: SI - NO

Autonomia: SI - NO
