

ALLEGATO 4

ASL _____

TSMREE – Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva

Relazione sintetica sull'uso della Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) ai fini dell'inclusione scolastica in favore degli alunni e delle alunne con disabilità nella comprensione e nella produzione del linguaggio.

(Relazione da allegare al CIS - Certificato di Integrazione Scolastica con specifica richiesta del servizio assistenza CAA)

Periodo di riferimento:

Relazione:

▪ DATI ALUNNA/O

Nome e Cognome:	
Nata/o a:	il:
Residente a:	Via
Municipio	

▪ DATI SCOLASTICI

Istituzione scolastica codice meccanografico	
Istituzione scolastica denominazione	
Ciclo di frequenza:	
Classe di frequenza:	

▪ DATI PROGETTO TERAPEUTICO

Diagnosi effettuata presso:	☐ TSMREE	
	☐ Centro Specialistico:	Specificare:
Diagnosi Primaria secondo ICD 10:		
CODICI:		
Diagnosi Secondaria (Comorbidità) secondo ICD 10:		
CODICI:		

▪ **INTERVENTO RIABILITATIVO C.A.A**

Intervento riabilitativo C.A.A. erogato da:	☐ TSMREE	
	☐ Centro Accreditato	Specificare:
	☐ Centro Specialistico	Specificare:
	☐ Altro	Specificare:
Intervento riabilitativo in corso	Dal:	Al:
Frequenza dell'intervento:		
Tipologia di intervento:		
Referente del caso:		

▪ **PROFILO DI FUNZIONAMENTO**

QI Non Verbale: <i>(VN. 100 ± 15; medio inferiore 85 ± 15; deficitario <70)</i>	
Aree di Funzionamento Adattivo:	
Lateralità:	
Abilità Visive - Uso di lenti correttive	
Abilità Visuospaziali: VMI: <i>(V.n. 10 ± 3. Fragilità 7-5. Difficoltà rilevante <4)</i>	
Capacità Attentive:	
Comprensione verbale:	
Produzione verbale:	
Pregresso Uso della CAA fuori dal contesto scolastico:	
Pregresso Uso della CAA in ambito Scolastico:	
Metodo utilizzato e/o da utilizzare:	Specificare:
Risultati ottenuti:	Specificare:
Obiettivi:	Specificare:
Tipologia di operatore necessario:	Specificare:

Data

Firma