

PLUS
Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino

SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA SPECIALISTICA AGLI
ALUNNI DISABILI

Anno Scolastico

Scuola _____

Plesso di _____ Classe _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Dirigente _____ Insegnante Referente _____

CARTELLA ALUNNO

Riferimenti:

Insegnante di sostegno Nominativo _____ n.

Telefono _____

Assistente Specialistico: Nominativo _____ n.

Telefono _____

Operatore: L.162/98: Nominativo _____ n.

Telefono _____

Qualifica Professionale _____

Altro specificare:

Servizi di cui l'alunno usufruisce

Tipo Servizio	Qualifica Operatore	Tipologia dell'intervento	Organizzazione oraria
L.162/98			
L.20/97			
Attività educativo ricreative			
Attività Motoria			
Attività riabilitative			

Ulteriori informazioni sulla condizione familiare e sull'alunno, funzionali alla predisposizione del progetto¹

¹ Presenza all'interno del nucleo familiare di altre persone portatrici di disabilità, minori, anziani etc.

