

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI PER ALUNNI NON ITALOFONI NEOARRIVATI IN ITALIA

1- L'ALUNNO E LA SUA FAMIGLIA

DATI DELL'ALUNNO/A

Cognome e nome dell'alunno/a _____

Luogo e data di nascita _____

Cittadinanza _____

Paese di ultima provenienza _____

Data di arrivo in Italia _____

DATI DEI GENITORI (O DEGLI ADULTI AFFIDATARI)

Cittadinanza del padre _____ e della madre _____

Data di arrivo in Italia del padre _____ e della madre _____

Altri componenti del nucleo familiare in Italia _____

2- LINGUE PARLATE

	Lingua usata in famiglia		Altre lingue	
Alunno/a	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale
Padre	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale
Madre	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale
Altri	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale
	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale
	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale	_____ <input type="checkbox"/> scritto	_____ <input type="checkbox"/> orale

3- PRECEDENTE SCOLARITÀ

L'alunno/a ha già frequentato altre istituzioni scolastiche? SÌ NO

	nel Paese d'origine	in Italia	in altri Paesi
asilo nido	_____	_____	_____
scuola dell'infanzia	_____	_____	_____
scuola primaria	_____	_____	_____
altro	_____	_____	_____

Per quanti anni ha frequentato la scuola? _____

Qual è l'ultima classe frequentata? _____

Quando? _____

Ha mai ripetuto due volte la stessa classe? _____

4- INFORMAZIONI RILEVANTI SULL'ALUNNO/A

PROBLEMI DI SALUTE

Allergie	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Epilessia	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà motorie	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Disturbi del linguaggio	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Diabete	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Disturbi alimentari	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Altro	_____	

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DELL'ALUNNO NEOARRIVATO IN ITALIA

LA SCUOLA

CHE SCUOLA HAI FREQUENTATO?

infanzia

primaria

secondaria di 1° grado



CHE CLASSE HAI FREQUENTATO?

1^a

2^a

3^a

4^a

5^a

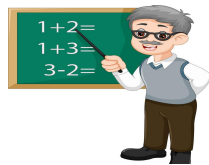
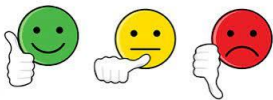
6^a



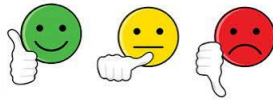
QUALI MATERIE TI PIACCONO?



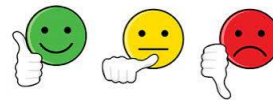
LINGUA



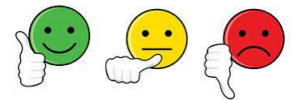
MATEMATICA



SCIENZE



GEOGRAFIA



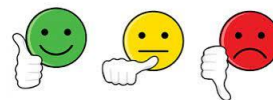
STORIA



INGLESE



FRANCESE



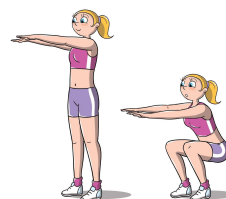
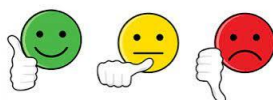
TECNOLOGIA



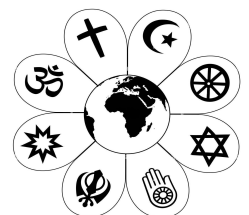
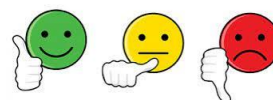
MUSICA



ARTE



SCIENZE MOTORIE



RELIGIONE

