ALLEGATO 1

ISTITUZIONE SCOLASTICA:

NOMINATIVO ALLIEVI DISABILI	DATA DI NASCITA	TIPOLOGIA DI DISABILITÀ (motoria, visiva, ecc…)	ORE DI SOSTEGNO	VALUTAZIONE CONFORME SI/NO	DISPONIBILITA' CDC SI/NO	CONTATTO TELEFONICO E/O E-MAIL DEL DOCENTE DI RIFERIMENTO

NOMINATIVI ALLIEVI DSA E ALTRI BES	DATA DI NASCITA	TIPOLOGIA DI DIFFICOLTÀ / BISOGNO EDUCATIVO	PDP SI/NO	PRINCIPALI STRUMENTI COMPENSATIVI/DISPENSATIVI-QUALI?	CONTATTO TELEFONICO E/O E-MAIL DEL DOCENTE DI RIFERIMENTO