**MOD. H** SCUOLE PARITARIE

**RILEVAZIONE ISCRIZIONI ALUNNI DISABILI PER L’ANNO SCOLASTICO 2019/2020**

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA ………………….…………………………………………………. COMUNE di appartenenza ………………………………………………………………………

**PRIMARIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome Nome alunno** | **Data di nascita** | **Diagnosi** | **Necessita di** | **N. Ore sostegno a.s. 2019-2020** | **N. Ore Ass. Educativa**  **a.s. 2019-2020** |
|  |  |  | Docente di sostegno □ Assistenza educativa □ |  |  |
|  |  |  | Docente di sostegno □ Assistenza educativa □ |  |  |
|  |  |  | Docente di sostegno □ Assistenza educativa □ |  |  |
|  |  |  | Docente di sostegno □ Assistenza educativa □ |  |  |
|  |  |  | Docente di sostegno □ Assistenza educativa □ |  |  |
|  |  |  | Docente di sostegno □ Assistenza educativa □ |  |  |
|  |  |  | Docente di sostegno □ Assistenza educativa □ |  |  |
|  |  |  | Docente di sostegno □ Assistenza educativa □ |  |  |

DATA IL COORDINATORE SCOLASTICO