

Codice Amministrativo dell'Alabama pagina 508 (4) (i)

COLLOQUIO FOCUS CON LA FAMIGLIA / DOCUMENTAZIONE PPAP

Il Colloquio Focus con la Famiglia (CFF) ha lo scopo di documentare i punti di forza, le necessità e le preoccupazioni riguardanti il bambino. L'intera scheda deve essere completata da personale dell'Agenzia Educativa Locale tramite un colloquio con il genitore o tutore. Le informazioni del CFF sono necessarie per determinare i ritardi dello sviluppo e deve essere utilizzata per la documentazione dei livelli del Profilo del Progresso dell'Apprendimento Precoce (PPAP) per i bambini disabili entro 45 giorni dall'inizio dei servizi educativi speciali.

Nome del Bambino: _____ Data: _____

Sesso: _____ Data di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Asilo/Scuola Materna: _____ Giorni/Orario: _____

Nome dell'Intervistatore: _____ Ruolo nell'agenzia Educativa Locale: _____

Nome dell'Intervistato: _____ Relazione col Bambino: _____

Con chi vive il bambino: Genitore/i Altro/i Parente/i Tutore Curatore Altro

Nome della Madre/Curatore: _____ Età: _____

Occupazione: _____ Telefono del Lavoro: _____

Nome del Padre/Curatore: _____ Età: _____

Occupazione: _____ Telefono del Lavoro: _____

Il/I Genitore/i è/sono: Sposato Divorziato Separato Single Deceduto: padre/madre (cerchiare uno)

Altri bambini nell'abitazione

Nome	Sesso	Età	Relazione
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Gravidanza (Elencare ogni malattia/ferita/complicazione durante la gravidanza): _____

Il bambino è nato prematuro? Sì No Se sì, quante settimane/mesi in anticipo? _____

Ci sono stati problemi dopo la nascita? Sì No Se sì, spiegare _____

Quanto a lungo il tuo bambino è rimasto in ospedale dopo la nascita? _____

Ci sono altre disabilità nella famiglia conosciute o sospettate? Sì No

Se sì spiegare: _____

Al bambino sono state diagnosticate malattie o problemi di salute? Sì No

Se sì, spiegare: _____

Tuo figlio ha precedentemente ricevuto servizi dall'Intervento Precoce? Sì No

Se sì, Data di Inizio e Fine: Inizio: _____ Fine: _____

Tuo figlio è stato valutato da e/o ha ricevuto altri servizi speciali? Sì No

Se sì, spiegare: _____

Dottore del Bambino: _____ Data dell'ultimo esame: _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Rilascio delle informazioni ottenute dal dottore Sì No

Qual è il mezzo con cui tuo figlio comunica maggiormente?

Parola Canti Dispositivo per la comunicazione Gesti Versi Scambio di immagini
 Combinazione di modi Altro (Specificare) _____

Cosa piace fare tuo figlio / quali sono i suoi interessi? _____

Ci sono dei alimenti che tuo figlio non può mangiare (incluse allergie o alimenti che sono rifiutati a causa della consistenza)?

Sì No Se sì, elencare gli alimenti: _____

Ci sono alimenti che tuo figlio non mangia? Sì No

Se sì, elencare gli alimenti: _____

Attualmente tuo figlio assume farmaci? Sì No

Se sì, spiegare _____

Tuo figlio dorme in tempi idonei? Sì No

Se no, spiegare: _____

Elencare ogni progresso o cambiamento recente che hai visto in tuo figlio _____

Commenti: _____

INTERVISTA FOCUS CON LA FAMIGLIA / DOCUMENTAZIONE PPAP

Continuare questa sezione tramite la forma di intervista con il parente / tutore. Fornire esempi verbali o immagini se una domanda non è chiara all'intervistato.

LINGUA / ALFABETIZZAZIONE / COMUNICAZIONE			
	Tuo figlio è in grado di:	SÌ	NO
1.	Identificare suoni? (LL.P.2.1-2, LL.P.7.2)		
2.	Identificare sillabe? (LL.P.2.3, LL.P.6.5)		
3.	Identificare/riconoscere parole che rimano? (LL.P.2.4)		
4.	Identificare segnali (McDonald's, Wal-Mart, etc)? (LL.P.6.2, LL.P.6.5)		
5.	Riconoscere nomi in stampatello? (LL.P.6.2-3, LL.P.6.5)		
6.	Identificare lettere? (LL.P.6.4-5, LL.P.7.1)		
7.	Parlare chiaramente? (LL.P.4.4)		
8.	Parlare in modo tale da essere compreso dalla famiglia?		
9.	Parlare in modo tale da essere compreso da persone al di fuori della famiglia?		

Commenti/Preoccupazioni: _____

MATEMATICA E SCIENZE			
	Tuo figlio è in grado di:	SÌ	NO
1.	Contare fino a cinque in maniera precisa? (M.P.1.1)		
2.	Capire concetti posizionali (in, sopra, sotto, dietro, davanti)? (M.P.2.2)		
3.	Sapere cosa viene dopo in modello semplice? (M.P.3.2)		
4.	Confrontare oggetti per dimensione (grande, piccolo, lungo, corto, piccolo, medio, grande)?		
5.	Confrontare oggetti per peso (pesante, leggero)? (M.P.4.2, S.P.2.1)		
6.	Dire i giorni della settimana? (M.P.4.3)		
7.	Capire di più o di meno? (M.P.5.1)		
8.	Tollerare diverse consistenze, odori, sapori, e odori? (S.P.1.1)		
9.	Indicare o nominare immagini di inverno o estate? (S.P.4.1)		
10.	Indicare o nominare i tipi di tempo (pioggia, sole, caldo, o freddo)? (S.P.4.2)		

Commenti/Preoccupazioni: _____

ATTENZIONE E COMPORTAMENTO			
	Tuo figlio:	SÌ	NO
1.	Dimostra una durata dell'attenzione appropriata?		
2.	Stabilisce contatto con gli occhi?		
3.	Fa i capricci?		
4.	Sembra eccitabile / iperattivo?		
5.	Accetta i limiti? (S.E.P.3.2)		
6.	Interagisce bene con gli altri? (S.E.P.2.1)		
7.	Obbedisce ed adempie alle richieste? (LL.P.1.1)		
8.	Colpisce o fa male agli altri?		
9.	Riconosce il pericolo?		
10.	Sembra silenzioso / introverso?		
11.	Ha paure non comuni? Elencare:		

Commenti/Preoccupazioni: _____

APPROCCIO ALL'APPRENDIMENTO, ARTI CREATIVE, SALUTE E VITA QUOTIDIANA, SVILUPPO FISICO E TECNOLOGIE			
	Tuo figlio:	SÌ	NO
1.	Completa puzzles? (AL.P.1.2)		
2.	Gioca con le costruzioni? (AL.P.1.2, CA.P.1.1)		
3.	Usa pastelli a cera / pennarelli? (CA.P.1.1, PD.P.2.1)		
4.	Dipinge? (CA.P.1.1, PD.P.2.1)		
5.	Usa la colla? (CA.P.1.1, PD.P.2.1)		
6.	Suona strumenti musicali? (CA.P.2.1, CA.P.2.2)		
7.	Gioca adeguatamente con giocattoli (bambole, macchinine, etc.)? (CA.P.3.1)		
8.	Si lava i denti indipendentemente? (HDL.P.1.3)		
9.	Usa le forbici? (PD.P.2.1, CA.P.1.1)		
10.	Gioca col pongo? (PD.P.2.1, CA.P.1.1)		
11.	Usa le formine? (PD.P.2.2)		
12.	Gioca con le perline? (PD.P.2.2)		
13.	Usa il mouse /controller dei videogiochi / iPad / Game Boy, etc.? (T.P.1.1)		

Commenti/Preoccupazioni: _____
