

**GRIGLIA DI VALUTAZIONE  
SOSTEGNO**

**Scuola dell'Infanzia**

passaggio scuola dell'infanzia - scuola primaria

**AREA COGNITIVA**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>LIVELLO DI PADRONANZA</b>		
• E' capace di compiere associazioni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• E' capace di compiere discriminazioni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• E' in grado di compiere classificazioni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Presta attenzione ad un compito per un breve lasso di tempo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Ascolta istruzioni verbali	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Segue e comprende le indicazioni dell'adulto	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Riesce a trattenere i contenuti appena appresi	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Si ricorda di simboli associati a luoghi o situazioni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Partecipa attivamente a momenti di routine (es. canti...)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Comprende le relazioni di causa-effetto	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• È in grado di riconoscere oggetti, immagini	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Ha acquisito il concetto di quantità	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Imita i giochi dei compagni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Compie un gioco da solo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Gioca in piccolo gruppo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Compie un gioco simbolico	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprende un concetto attraverso l'attività ludica</li> <li>• Compie un gioco a turno</li> <li>• Ha superato la fase dello scarabocchio</li> <li>• Crea elaborati grafici</li> <li>• Colora nei contorni</li> <li>• Usa varie tecniche grafico-pittoriche</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
--	---

### **AREA SENSORIALE**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>LIVELLO DI PADRONANZA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conosce i principali colori</li> <li>• Sa denominare i principali colori</li> <li>• Associa colori uguali</li> <li>• Associa forme uguali</li> <li>• Percepisce la differenza di dimensioni</li> <li>• Gli organi di senso sono nella norma</li> <li>• Segue con lo sguardo il movimento di un oggetto</li> <li>• Ha percezione della direzione del suono</li> <li>• Riconosce-associa vari suoni</li> <li>• Discrimina l'intensità dei suoni</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE

### **AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>LIVELLO DI PADRONANZA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si isola con facilità</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE

• Si avvicina con interesse ai compagni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• E' aggressivo nei confronti dei compagni degli adulti	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Ricerca costantemente il contatto con le insegnanti	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Ha timore di persone e situazioni estranee	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Respinge i compagni che vogliono giocare con lui	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Gioca con gli altri, ma non prende l'iniziativa	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Partecipa ad un gioco collettivo (es. girotondo)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• E' sensibile ad un atteggiamento di incoraggiamento da parte dell'adulto	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Sa modificare un suo comportamento dopo aver ricevuto indicazioni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Conosce le regole del gruppo classe	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Rispetta le regole	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Sa stare con gli altri	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE

### **AREA COMUNICATIVO-LINGUISTICA**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>LIVELLO DI PADRONANZA</b>		
• Usa un linguaggio comprensibile	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Usa linguaggio non verbale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Usa la parola frase (es. acqua per dire "voglio bere")	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Usa un linguaggio completo ma limitato all'esperienza abitudinaria	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Comprende le richieste dell'adulto	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE

• Capisce frasi complesse con un minimo di due richieste	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
--	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

### **AREA MOTORIA**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>LIVELLO DI PADRONANZA</b>		
• Possiede il controllo del tronco	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Possiede la coordinazione oculo-manuale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Imita movimenti altrui	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Riconosce le principali parti del corpo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Rappresenta lo schema corporeo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Possiede una buona motricità fine	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Presenta difficoltà di postura	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Assume posture senza l'aiuto dell'adulto	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Possiede le modalità di controllo del movimento	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Possiede la lateralizzazione	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE

### **AREA DELL'AUTONOMIA**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>LIVELLO DI PADRONANZA</b>		
------------------	------------------------------	--	--

• Ha raggiunto il controllo sfinterico	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• E' autonomo nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Sa vestirsi-svestirsi	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• E' autonomo rispetto alla deambulazione	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Inizia a curare la propria igiene personale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Porta a termine un lavoro proposto senza la presenza costante dell'adulto	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
• Esegue ordini semplici	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALMENTE