

PRESENTAZIONE CAMPUS PER L' AUTONOMIA SCOLASTICA

L'obiettivo del CAMPUS è quello di promuovere un percorso verso l'autonomia di soggetti con DSA, rendendoli capaci ad affrontare il percorso di apprendimento, mediante l'utilizzo di tecniche e strumenti informatici, senza l'aiuto di una persona esterna.

PROGRAMMA PER RAGAZZI

1 - 2 - 3 - 4 Settembre 2015
dalle h 9:30 alle h 12:30

Spiegazione ed esercitazioni sull'utilizzo di

- ▶ INTERNET
- ▶ SCANNER
- ▶ Programmi dotati di Sintesi Vocali :
(Carlo Mobile Pro, ePico, Silvia, Alfa Reader, Personal Reader, ed altri)
- ▶ Programmi di TRADUZIONE
- ▶ LIBRI DIGITALI
- ▶ Programmi per la creazione di Mappe
Cocettuali: (SUPER MAPPE,
KIDSPIRATION, ed altri)

4 Settembre 2015
dalle h 14:00 circa alle 16:30

▶ Colloqui individuali con i genitori per consigli ed indicazioni riguardo ciascun bambino in base a quanto osservato dagli operatori durante il corso.

▶ Visione del film "Stelle sulla terra" per ragazzi e genitori con piccola discussione.

LAVORI PSICOEDUCAZIONALI

NEL GRUPPO PER I RAGAZZI

1 - 2 - 3 - 4 Settembre 2015
dalle h 14:00 alle 16:00

- ▶ La Dislessia fra Miti e Leggende
- ▶ Lavori di gruppo sull'*Autostima*
- ▶ Somministrazione Test di Orientamento
- ▶ Lavori di gruppo incentrati sull'*Assertività*
- ▶ Lavori di gruppo per aumentare l'*Autoefficacia*
- ▶ Conclusione del workshop

PROGRAMMA PER I GENITORI

1 - 2 - 3 Settembre 2014
dalle h 14:00 alle 16:00

Presentazione di:

- ▶ CARLO MOBILE PRO, SCANNER e OCR
- ▶ SILVIA e PERSONAL READER
- ▶ LIBRI DIGITALI
- ▶ Programmi per la creazione di
MAPPE CONCETTUALI: SUPER
MAPPE, FREEMIND,
KIDSPIRATION, CMAP TOOLS

Per INFORMAZIONI :

Dott.ssa Daniela Gallo
Tel. 347.4945625
da_gallo@yahoo.it

Dott.ssa Chiara Tintoni
Tel. 392.9097248
chiara.tintoni@libero.it

Gianluca Torrasì
Tel. 331.2100932
gianluca.torrasì@gmail.it

SEDE e DATE di SVOLGIMENTO

Scuola Media Statale Aurelio Bertola
Via Euterpe, 16
Rimini

1° Campus: **1 - 2 - 3 - 4 settembre 2015**

I corsi verranno attivati con un minimo di 8 partecipanti ed un massimo di 16.

Vi potrebbero essere delle modifiche nella creazione del gruppo classe in base al numero dei partecipanti totali.

Il campus è rivolto a ragazzi che hanno terminato l'ultimo anno di scuola primaria di primo grado, a tutti i ragazzi che frequentano o appena terminato la scuola primaria di secondo grado

Per ISCRIZIONI:

Il costo di iscrizione è di € 400,00 per il corso completo ragazzi e genitori da versare ad inizio campus.

Nel costo non è compreso l'importo per la copertura assicurativa.

A pagamento effettuato sarà rilasciata una regolare ricevuta sanitaria con possibilità di usufruire delle relative detrazioni fiscali.

ELENCO DOCUMENTI DA INVIARE:

- 1) Modulo di richiesta di partecipazione al campus per l'autonomia scolastica
- 2) Certificazione completa rilasciata dallo specialista
- 3) Autorizzazione ai dati personali e Consenso informato per i minori

DOVE INVIARE I DOCUMENTI:

- Tramite e-mail a:

campus.dsarimini@gmail.com

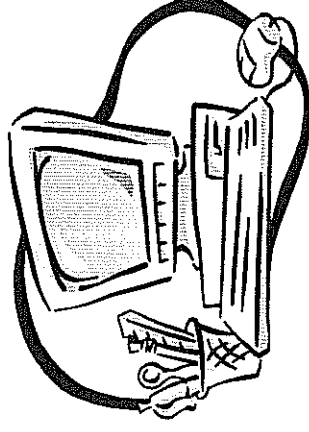
Per comunicare la propria adesione la documentazione dovrà essere inviata entro il **31 Luglio 2015**.

in collaborazione con



Sezione di Rimini

www.aiditalia.org



CAMPUS per L'AUTONOMIA SCOLASTICA

Rivolto ai ragazzi delle scuole medie

PRESENTAZIONE degli STRUMENTI per L'AUTONOMIA

Rivolto ai genitori dei ragazzi delle scuole medie

Modulo di richiesta di partecipazione al Campus per l'autonomia scolastica

Estate 2015

DATI DEL/LA RAGAZZO/A E DELLA FAMIGLIA

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____

Padre (Cognome Nome) _____ Socio AID SI NO

Madre (Cognome Nome) _____ Socio AID SI NO

Via _____ CAP _____ Città _____ Provincia _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

E-mail: _____

NOTIZIE SCOLASTICHE

Scuola/Istituto frequentato: _____

Indirizzo (tecnico, linguistico, etc) : _____

Materie specifiche di indirizzo: _____

Classe frequentata: V° I° II° III°

Eventuali cambi di percorso / classi ripetute: _____

Lingua straniera studiata _____ Insegnante di sostegno: SI NO

Il ragazzo ha già partecipato a Corsi di Informatica per DSA (Aprico, Campus, iniziative di sezione AID, etc.)?

SI NO Se sì, a quale e quando: _____

DIAGNOSI

Dislessia si no; Disortografia si no; Disgrafia si no; Discalculia si no;

Diagnosi effettuata presso:

Da (specificare il nome dello specialista e la professione):

_____ In data: _____

Ultima valutazione effettuata presso:

Da (specificare il nome dello specialista e la professione):

_____ In data: _____

Allegare la certificazione completa rilasciata dallo specialista.

NOTIZIE RIGUARDO AL /LA RAGAZZO/A:

il/la ragazzo/a possiede il computer: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a possiede il software CarloII: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a possiede il software Carlo Mobile: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a possiede il software Supermappe: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a possiede il software Silvia: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a possiede lo scanner: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a ha la possibilità di connettersi a internet: a casa sì no; a scuola sì no

il/la ragazzo/a utilizza strumenti compensativi informatici a scuola: sì no

il/la ragazzo/a utilizza altri strumenti compensativi a scuola: sì no

ha già partecipato ad un corso di informatica per l'autonomia: sì no

se sì con chi, quando e dove: _____

quali sono i suoi interessi/hobbies? _____

quali sono le attività che preferisce? _____

quali attività sa fare bene? _____

COMPETENZE INFORMATICHE DEL/LA RAGAZZO/A:

sa usare programmi di videoscrittura: sì no;

sa usare il software CarloII: sì no;

sa usare il software Carlo Mobile: sì no;

sa usare il software Supermappe: sì no;

sa usare lo scanner: sì no;

frequenza d'uso di questi strumenti: quotidiana; settimanale; mensile; sporadica

DATI DELLA PERSONA ALLA QUALE SI DESIDERA INTESTARE LA RICEVUTA SANITARIA:

Cognome _____ Nome _____

Via _____ CAP _____ Città _____ Provincia _____

Codice Fiscale _____

ELENCO DOCUMENTI DA INVIARE :

- 1) Modulo di richiesta di partecipazione al campus per l'autonomia scolastica
- 2) Certificazione completa rilasciata dallo specialista
- 3) Autorizzazione ai dati personali e Consenso informato per i minori

LA DOCUMENTAZIONE VA INVIATA :

Tramite e-mail : campus.dsarimini@gmail.com

*Autorizzazione al trattamento dei dati personali e
consenso informato per i minori*

I Sottoscritti

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

in qualità di genitori del minore

Nome e Cognome _____

nato/a il giorno ____ / ____ / _____ a _____

e residente a _____

in Via _____

AUTORIZZANO

Dott.ssa Gallo Daniela, Dott.ssa Tintoni Chiara ed il personale da loro incaricato, come collaboratori, al trattamento dei dati personali secondo il D.L. n. 196/2003.

_____ li _____

Firma dei genitori o di chi ne ha la tutela

Firma

DICHIARA

Che le spiegazioni fornitemi da Dott.ssa Gallo Daniela, Dott.ssa Tintoni Chiara e dal personale da loro incaricato, come collaboratori, sui colloqui psicologici e sulla eventuale somministrazione di Questionari sono state comprensibili e chiare.

_____ li _____

Firma dei genitori o di chi ne ha la tutela

Firma
