 **ALLEGATO F**

|  |
| --- |
| **"Interventi socio assistenziali a favore degli  alunni con disabilità sensoriali - a.s. 2019/2020".** |

**ASSISTENZA ALL’AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE IN AMBITO DOMICILIARE**

**Foglio mensile delle presenze**

MESE……………………………………………………….. ANNO……………………………………………………………….

NOME ASSISTENTE ALL’AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE …………………………………………………………………………....

NOME ALUNNO………………………………………………………….................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **ora inizio** | **ora fine** | **Totale ore attività didattica** | **Descrizione breve dell’attività** | **Firma dell'educatore** | **Firma della famiglia** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| **Data** | **ora inizio** | **ora fine** | **Totale ore attività didattica** | **Descrizione breve dell’attività** | **Firma dell'educatore** | **Firma della famiglia** |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE ORE** | | | | | | |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_