

**"INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI A FAVORE DEGLI
ALUNNI CON DISABILITÀ SENSORIALI - A.S. 2018/2019".**

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
