

ANALISI DEL PERCORSO

alunno _____

residente a _____ iscritto nell'a.s. ____/____

alla classe _____ indirizzo _____

dell'Istituto _____ di _____

1. Percorso scolastico fino alla fine della terza media:

Percorso regolare? SÌ NO _____

Consiglio orientativo sulla scelta della scuola superiore _____

La scelta fatta è stata conforme al consiglio orientativo? SÌ NO

2. Percorso scolastico alla scuola superiore¹:

classe _____ N.A. SOSP.in _____ AMM.

classe _____ N.A. SOSP. in _____ AMM.

classe _____ N.A. SOSP.in _____ AMM.

classe _____ N.A. SOSP. in _____ AMM.

3. Attitudini

 ISTRUZIONE LICEALE <input type="checkbox"/>	 ISTRUZIONE TECNICA <input type="checkbox"/>	 ISTRUZIONE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/>
Settore <input type="checkbox"/> Classico <input type="checkbox"/> Scientifico indirizzo: 1) Ministeriale 2) Scienze Applicate 3) Sportivo <input type="checkbox"/> Linguistico <input type="checkbox"/> Artistico <input type="checkbox"/> Scienze Umane indirizzo: 1) Ministeriale 2) Economico/sociale <input type="checkbox"/> Coreutico <input type="checkbox"/> Musicale	Settore <input type="checkbox"/> Economico indirizzo: 1) Amministrazione/Finanza/Marketing 2) Turistico <input type="checkbox"/> Tecnologico indirizzo: 1) Agrario 2) Chimico/biotecnologico 3) Costruzioni/territorio 4) Elettrico/elettrotecnico 5) Grafico 6) Informatico/telecomunicazioni 7) Meccanico/meccatronico/energia 8) Sistema moda 9) Trasporti/logistica	Indirizzi <input type="checkbox"/> Agricoltura, sviluppo rurale, valorizzazione dei prodotti del territorio e gestione delle risorse forestali e montane* <input type="checkbox"/> Industria e artigianato per il Made in Italy* <input type="checkbox"/> Manutenzione e assistenza tecnica* <input type="checkbox"/> Gestione delle acque e risanamento ambientale <input type="checkbox"/> Servizi commerciali* <input type="checkbox"/> Enogastronomia e ospitalità alberghiera* <input type="checkbox"/> Servizi per la sanità e l'assistenza sociale <input type="checkbox"/> Arti ausiliarie delle professioni sanitarie: odontotecnico <input type="checkbox"/> Arti ausiliarie delle professioni sanitarie: ottico <i>*Gli Istituti offrono anche Percorsi Triennali di Qualifica</i>

Docente di riferimento: Nome e Cognome _____

Indirizzo mail istituzionale _____

Data di compilazione _____

*Il Coordinatore per Il Consiglio di Classe
(nome e cognome in stampatello)*

¹N.A.: Non Ammesso/a

SOSP.: Giudizio Sospeso: indicare in quali materie

AMM.: Ammesso/a