

Verifica delle competenze meta-fonologiche

NOME SCUOLA

COGNOME

ETÀ SEZIONE

INSEGNANTE..... DATA / /

TABELLA DI OSSERVAZIONE E VERIFICA

		SI	NO
PROVA CON STARTER SILLABICO	PI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROVA CON STARTER FONEMICO	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROVA CON STARTER SILLABICO CON IMMAGINI	CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PENNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROVA CON STARTER FONEMICO CON IMMAGINI	SOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BAMBOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE.....

.....

