**Segnalazione**

**Pedagogia speciale precoce  Disturbi della vista**

###### Terapia psicomotoria Audiopedagogia Logopedia

|  |  |
| --- | --- |
| Data |  |
| **Cognome/nome bambino/a** |  |
| Data di nascita |  |
| Indirizzo e luogo di domicilio |  |
| Numero telefono |  |
| Cognome / nome madre |  |
| Cognome / nome padre |  |
| Lingua madre |  |
| I genitori sono d’accordo con la segnalazione | si  no |
| Segnalato da  (nome, funzione, no.tel.) |  |
|  |  |
| **Motivo della segnalazione** |  |
| Altre terapie |  |
|  |  |
| **Scuola dell’infanzia**  docente/PCS  (nome, no.tel.) | scuola dell’infanzia regolare  scuola speciale (SSI)  1. anno  2. anno |
| **Scuola elementare**  docente/PCS  (nome, no.tel.) | scuola regolare  scuola speciale (SSI)  classe: |
|  |  |
| Segnalazione accolta da: Data: |  |