**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: |       |