

ALL. 3 Mod. 1 Segnalazione Bambini

Ai genitori dell'alunno _____

Classe _____ Sez _____

Gli insegnanti, avendo osservato le seguenti caratteristiche dell'alunno:

livello didattico e di apprendimento:

capacità linguistiche:

comportamenti:

capacità affettive e relazionali:

abilità e autonomia psicomotoria:

ed avendo attivato i seguenti interventi:

con i seguenti risultati:

suggeriscono di rivolgersi, per approfondimenti specialistici alla ASL RM/G - **SETTORE TUTELA DELLA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA** del Distretto Sanitario di _____

DIRIGENTE SCOLASTICO

FIRMA DEGLI INSEGNANTI

DATA _____

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno _____

avendo preso visione di quanto sopra esposto dagli insegnanti, chiedono una valutazione specialistica del proprio figlio.

Data _____

Firma dei Genitori