

MODELLO S/1

SEGNALAZIONE DI ALUNNI IN DIFFICOLTA'

All'ASL di _____
Servizio _____

Si richiede l'intervento dell'equipe per meglio approfondire la situazione problematica del/la figlio/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

_____ n. _____ recapito telefonico della famiglia (o di chi ne fa le veci)

L'alunno/a frequenta la :

- sezione composta da alunni di anni _____ della Scuola dell'Infanzia

- classe _____ della Scuola/Istituto _____

Ha ripetuto la/e classe/i _____

Sta ripetendo la classe _____

INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA

Nel corrente anno scolastico l'alunno/a frequenta la :

- Scuola dell'Infanzia per ore settimanali _____

- Scuola Primaria in :

classe a modulo: SI NO

classe a tempo pieno SI NO

ore opzionali SI NO

- Scuola Secondaria di 1° grado in :

classe a tempo normale	SI	NO
------------------------	----	----

classe con sperimentazione	SI	NO
----------------------------	----	----

classe a tempo prolungato	SI	NO
---------------------------	----	----

- Scuola Secondaria di 2° grado per ore settimanali _____

(indicare eventuale indirizzo frequentato)_____

DATA_____

I GENITORI DELL'ALUNNO/A
