ALLEGATO A) Richiesta di consulenza **PER NIDI E SCUOLE INFANZIA**

ATTO RISERVATO

 Al Responsabile U.O.S.

           NPIA

OGGETTO: Segnalazione dell’alunno/a e Scuole Infanzia

………………………………………………………………………………………………………………………………

                                              (Cognome)                                                                          (Nome)

Nato/a il ………………………………………………………… a ……………………………………………………..

Residente a ……………………………………  Via ……………………………………………………….. N…………

Recapito telefonico ………………………………………………… e-mail ….………………………………………

Frequentante la sezione ……………………………….. Nido …………………………………………………………

Scuola Infanzia ……………………………………..

L’insegnante (\*) ………………………………………………………………………………………………… segnala l’alunno/a in oggetto, facendo presente che:

\* entrambi i genitori sono stati informati e acconsentono alla consulenza AUSL  ◻

\* entrambi i genitori sono stati informati e non acconsentono  ◻

**MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE**

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

(\*) *in caso di più insegnanti, l’insegnante scrivente si deve intendere delegato dai colleghi*

**QUADRO DESCRITTIVO**

**AREA COGNITIVA**

*Linguaggio*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Attenzione*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Memoria*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Altro* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AREA DELLE AUTONOMIE**

*Sonno*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Alimentazione*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Controllo sfinterico*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Igiene personale*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Altro* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AREA DELLE RELAZIONI**

*Rapporti con i coetanei*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Rapporti con adulti*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Altro*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**AREA MOTORIA**

*Motricità fine*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Coordinazione movimenti*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Si muove continuamente* (indicare le caratteristiche principali)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Presenta delle stereotipie* (indicare quali)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Altro*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data …………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del Responsabile del servizio Scolastico/Educativo (Dirigente/Direttore) | Firma del Coordinatore Pedagogico/ dell’insegnante | Firma dei genitori(o di chi esercita la potestà genitoriale) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |