

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
