SCHEDA RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZI POLO ABILITATIVO

CENTRO RICERCA CURA BALBUZIE
disturbi del linguaggio e dell'apprendimento

SERVIZIO:

☐ EDUCATIVO "Crescere insieme"

☐ APPRENDIMENTO "Scaccia Pensieri"

☐ Domiciliare

☐ Laboratorio di Gruppo

☐ Tutor Apprendimento

☐ Doposcuola

COGNOME: …… NOME: ……

DATA DI NASCITA: ……

DIAGNOSI (eventuale): ……..

CLASSE FREQUENTATA: ……

RICHIEDENTE: …… CONTATTI:……

NOTE: ……..

……..

DATA ……

FIRMA (inviante)

……