Gli Argini
Cooperativa
Sociale

SCHEDA INFORMATIVA DEL MINORE _____

(nome e cognome)

DATI DEL MINORE	
Luogo e data di nascita	
Sesso	
Nazionalità	
Origini culturali	
Lingue parlate	
Comune e indirizzo di residenza	
Recapiti telefonici	
Codice Fiscale	
Portatori di handicap	○ no ○ fisico ○ psichico
Ritardo mentale	○ lieve ○ medio ○ grave
Minore in carico al Servizio Sociale /Tutela Minori	○ no ○ si Assistente sociale: ..... Tel.: ..... Fax: ..... e.mail: .....
Decreto Tribunale dei Minori	○ no ○ si data: ..... n.: .....
Eventuali diagnosi mediche	○ no ○ si se si quali: ..... <u>Allegare referti medici e relazioni specialistiche</u>
Terapie farmacologiche in corso:	

STORIA E PROBLEMATICHE DEL MINORE

SITUAZIONE FAMILIARE DI PARTENZA

VOLONTA' DEL MINORE E DELLA FAMIGLIA

VENTUALI ALTRI INTERVENTI EDUCATIVI PRECEDENTI

Si prega di specificare i Servizi specialistici e le strutture a cui si fa riferimento fornendo eventuali recapiti di chi si è occupato del caso in oggetto.

Luogo e data _____

In fede

TIMBRO E FIRMA DEL COMPILANTE LA SCHEDA INFORMATIVA