

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “MARGHERITA HACK”**

**VIA G. MATTEOTTI, 3 – 20057 ASSAGO (MI)**

**TEL. 02 4880007  - 02 4880004**

**Anno Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data dell’incontro ……………………………………**

**Verbale dell’ incontro con i genitori dell’alunno/a** ...........................................................................

**frequentante la classe** …………. **del plesso**……………………………

**Insegnanti di classe** ……………………………………………………………………………

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Firma dei genitori ……………………**

**Firma degli insegnanti del team…………………….**

*Cosa deve contenere il verbale di invio dell’alunno /a, da parte degli insegnanti del team per una valutazione da parte della neuropsichiatria infantile.*

* *Illustrare la situazione generale dell’alunno/a dal punto di vista: cognitivo, relazionale, affettivo.*
* *Scrivere se sono stati già effettuati precedenti colloqui con figure professionali quali: psicologi, psichiatri, unità ospedaliere, terapiste…*
* *Chiedere alla famiglia come vede il proprio figlio/a e se hanno riscontrato qualche aspetto importante a casa da riferire agli insegnanti.*