

Allegato n. 2 - Informazioni sanitarie

- **Medico di Base del bambino/a:** Dott./Dott.ssa

- **Il bimbo/a presenta allergie/intolleranze?(farmaci/alimenti/ecc)**

NO SI Quali?

- **Il bambino/a presenta problemi di salute documentati?**

NO SI Quali?

- **Il bambino/a è seguito/a dai servizi sociali del territorio (CISS)?**

NO SI Assistente sociale Dott./ssa

1. **Il bambino/a presenta disabilità?** (se disabilità certificata allegare alla domanda d'iscrizione la documentazione necessaria):

NO SI (disabilità certificata)

SI (disabilità in fase di certificazione) SI (disabilità non certificata)

Il bambino in situazione di disabilità è seguito dalle seguenti figure professionali:

Fisioterapista: Dott./ssa

Logopedista: Dott. /ssa

Psicologo: Dott./ssa

Neuropsichiatra:Dott./ssa

Psicomotricista: Dott./ssa

Firmato digitalmente da