**CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA ED EDUCATIVA**
(Direttore: dott. Giancarlo Scotti)

**Studio Associato COSPES**
20125 Milano, via Copernico, 9
Telefoni 02/67 07 50 39 - 02 67 62 76 21 - Fax 02 67 07 65 70
e-mail: cospes.milano@salesiani.it – sito: www.cospesmilano.it

Ente accreditato per la Formazione del Personale della Scuola (MIUR – Decreto del 13/7/2004)

# SCHEDA INFORMATIVA

*La compilazione precisa di questa scheda è di grande utilità agli operatori del Centro per poter realizzare l'attività richiestaci dalla scuola. È infatti importante conoscere alcuni dati relativi all'ambiente familiare per poter meglio svolgere il lavoro.*
*Vi invitiamo, quindi a rispondere alle domande che seguiranno.*
*Tali risposte potranno permetterci di rilevare l'attuale situazione personale e scolastica di vostro/a figlio/a e, nel caso in cui emergano particolari condizioni, dedicarvi la dovuta attenzione.*

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CLASSE _____ SCUOLA _____

INDIRIZZO ATTUALE _____

## INFORMAZIONI SUL GRUPPO FAMILIARE

| | NOME | ETÀ | SCOLARITÀ | PROFESSIONE |
|---|---|---|---|---|
| PADRE | | | | |
| MADRE | | | | |
| F o S | | | | |
| " | | | | |
| " | | | | |
| Eventuali altri familiari | | | | |

## NOTIZIE ANAMNESTICHE

Ci sono stati problemi particolari:

alla nascita di vs. figlio/a SI NO

allo sviluppo psicomotorio SI NO

allo sviluppo linguistico SI NO

di altro genere SI NO

Eventuali osservazioni _____

Sono presenti difficoltà che potrebbero penalizzare la sua applicazione scolastica SI NO

Se SI, quali _____

Sta seguendo o ha seguito qualche cura? SI NO se SI, per che cosa? _____

_____

Ha subito qualche ospedalizzazione? _____

Quando? _____

## INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE

In passato, si sono verificate situazioni difficili o dolorose (es.: cambi traumatici di casa, o scuola, separazione, divorzio dei genitori, ricomposizione della famiglia, incidenti o malattie di familiari, decessi di familiari "importanti") che pensate abbiano influito sulla crescita di vostro figlio?

Sottolineare quali _____

Attualmente nel nucleo familiare vi sono difficoltà che possano incidere sulla serenità di vostro figlio? SI NO

Se SI, quali _____

## INFORMAZIONI SCOLASTICHE

Come vive l'esperienza scolastica vostro figlio:

| | SI | NO | QUALCHE VOLTA |
|---|---|---|---|
| Va a scuola volentieri | | | |
| Mostra interesse per ciò che impara | | | |
| Si mostra svogliato | | | |
| Prova paura ed ansia | | | |
| Mostra una forte avversione fino a star male fisicamente | | | |

Qual è l'attuale rendimento scolastico: OTTIMO DISTINTO BUONO SUFFIC. INSUFFIC.

Ha avuto un percorso scolastico regolare? SI NO Perché _____

Manifesta difficoltà di rapporto con gli insegnanti? SI NO se Si, quali _____

_____

Manifesta difficoltà con i compagni e le compagne? SI NO se Si, quali

_____

Data, _____

**Autorizzo al trattamento dei dati sensibili che saranno acquisiti a seguito dell'intervento a cura dello Studio Associato COSPES.**
**Il Titolare e Responsabile del trattamento dei suoi dati personali è il dott. Giancarlo Scotti.**

**firma** _____

**Le informazioni contenute nel seguente modulo rimarranno assolutamente riservate (nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 sulla tutela dei dati personali).**

SINCERT SGQ CERTIFICATO
ANCIS ANCIS ANCIS ANCIS ANCIS ANCIS ANCIS ANCIS ANCIS ANCIS ANCIS ANCIS
ANCIS Qualità UNI EN ISO 9001
La certificazione si riferisce alle attività ed alle sedi di cui al certificato n. 356