



	Scheda richiesta consulenza pedagogica	
--	---	--

Scuola Infanzia _____

Referente/i (chi compila la richiesta) _____

Tel. per contatto e orario _____

Dati minore

Cognome nome minore _____

Età _____

Sesso M ☐

F ☐

Nazionalità _____

Breve descrizione della motivazione della richiesta

data _____

Firma _____

Inviare via fax al n. 031.252620 all'attenzione della Dr.ssa Paola Bernard