

**Prot.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Viareggio, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Al medico pediatra**

**OGGETTO: SEGNALAZIONE DI DIFFICOLTÀ IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto …………………………………………………………………..Dirigente dell’Istituto……………………………

 di……………………………………………..., sentiti gli insegnanti, e in accordo con la famiglia, segnala che l’alunno, …………………………………………………………………………….( nato il ,…………………………. a ……………………………………. ), iscritto nella classe……………della Scuola……………………………………..

presenta le seguenti difficoltà:

* Comportamentali……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* Emotivo relazionale………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Lettura……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………
* Scrittura………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Calcolo…………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Altro……………………………………………………………………………………………………………………………………

 Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Barbara Caterini