

INTERVENTO PRECOCE ALLA SCUOLA MATERNA DOCUMENTAZIONE DELL'INCONTRO DEL PIANO DI TRANSIZIONE

Nome del Bambino: _____ Data di Nascita: _____

Data di ricevuata della lettera di notifica dall'IP: _____ Agenzia Educativa Locale: _____

Contrassegna la casella che corrisponde con quanto riportato sulla lettera di Notifica dell'Intervento Precoce.

- Il bambino è stato dichiarato avente diritto dall'IP a meno di 90 giorni dal compimento del terzo anno di età. Non verrà fissato nessun incontro di transizione. (Se questa casella è stata contrassegnata, il resto del modulo non deve essere completato. IP sarà contrassegnato come referente sul modulo delle referenze.)

OPPURE

- IP convoca un Incontro per il Piano di Transizione con l'Agenzia Educativa Locale e i genitori del bambino. (Se questa casella è stata contrassegnata, completare il resto della scheda.)

Servizi che lo studente ha ricevuto dal programma IP:

Dove sono stati forniti i servizi? (Casa/Asilo/Clinica/Altro) _____

Lo studente frequenta: Asilo Programma Mother's Day Out Asilo Nido Altro

Giorni/Orari in cui lo Studente frequenta: _____

Nome/Indirizzo del Programma: _____

Nome dell'insegnante: _____

Farmaci prescritti: _____

Ragioni per somministrazione del Farmaco: _____

Nome del Medico: _____

Punti di Forza del Bambino: _____

Bisogni del Bambino:

Informazioni Supplementari:

Valutazioni Attuali	Esaminatore	Agenzia	Data

POSIZIONE	PARTECIPANTI	DATA
Genitore		
Genitore		
Fornitore del servizio IP		
Rappresentante Agenzia Educativa Locale		

- ACCONSENTO** che mio figlio sia riferito all'Agenzia Educativa Locale.

- NON ACCONSENTO** che mio figlio sia riferito all’Agenzia Educativa Locale.
- Il Genitore acconsente o richiede di avere l’incontro per la referenza oggi.

Firma del Genitore

Data della Firma