

Invito alla visita e alla consulenza di inserimento scolastico

Ministero della Salute
Servizio medico pediatrico e giovanile

Neumarkt 15-21, 50667 Colonia

Telefon: 0221/221-24786, Telefax 0221/221-24036
E-Mail: kinderundjugendgesundheit@stadt-koeln.de
Internet: www.stadt-koeln.de

Cognome, nome, data di nascita del(la) bambino/a

Portare con sé

Dove: Presso l'ente sanitario, stanza:

A scuola

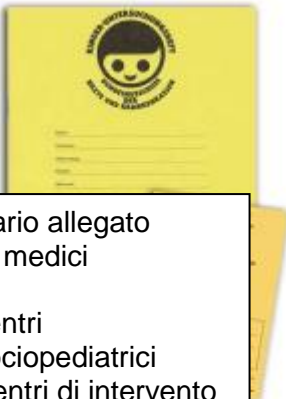
(Timbro della scuola)

Quando: _____

Giorno della settimana

Data

Ora

- 
- Questionario allegato
 - Lettere di medici
 - Referti di
 - centri sociopediatrici
 - Centri di intervento precoce
 - Logoterapia
 - Terapia occupazionale...

Cari genitori,

Comincia un nuovo percorso di vita: vostro/a figlio/a inizia la scuola. Con la visita e la consulenza di inserimento scolastico eseguita dal vostro team di medici scolastici dell'ente sanitario, desideriamo aiutare voi e il/la vostro/a bambino/a ad ambientarsi meglio nella quotidianità scolastica.

Questa visita e consulenza medica scolastica è diversa dalle visite di routine a voi note presso il pediatra. Questa visita non funge da diagnosi precoce, ma ha come scopo organizzare al meglio l'ingresso di vostro/a figlio/a nel mondo scolastico. Da lì sarà data attenzione in particolare agli aspetti importanti della quotidianità scolastica, come ad es. l'udito e la vista, le capacità motorie fini e grossolane, lo sviluppo del linguaggio, la concentrazione, la percezione e il generale sviluppo in base all'età.

I consigli dei medici scolastici, che si concentrano soprattutto su aspetti legati alla salute, saranno comunicati sia a voi che alla direzione scolastica. **La decisione circa l'accettazione di vostro/a figlio/a spetta alla direzione scolastica.**

Fornendo appuntamenti per le visite cerchiamo di ridurre al minimo i tempi di attesa per voi. Pianificate almeno 60 minuti di tempo per questa importante visita. Se a causa dei problemi di

salute di vostro/a figlio/a siete preoccupati per l'inserimento scolastico, fatecelo presente. In caso di domande che devono essere discusse in assenza del(la) bambino/a, comunicatecelo prima della visita. In caso di domande particolari, saremo lieti di proporvi un ulteriore appuntamento di consulenza.

Per mantenere la panoramica sullo stato di salute di tutti i bambini da inserire a scuola, tutte le diagnosi e le misure proposte saranno elaborati centralmente e anonimamente senza indicazione dei dati personali. Pertanto, vi chiediamo di compilare accuratamente il seguente questionario. Per poter raffigurare al meglio la molteplicità delle costellazioni familiari, nel questionario, anziché "Padre" e "Madre", abbiamo inserito la formulazione neutra "Genitore 1" e "Genitore 2", in breve G1 e G2, con l'ulteriore indicazione del genere maschile, femminile, diverso. Vi preghiamo pertanto di selezionare la voce pertinente alla vostra situazione familiare.

I vostri dati a questo riguardo sono volontari, riservati e sono soggetti all'obbligo di riservatezza del medico.

Portate con voi il **questionario compilato**, il **foglietto giallo della visita**, il **certificato vaccinale**, se presente anche **referti medici** e diagnosi di **centri sociopediatrici, centri di intervento precoce, logopedia, terapia occupazionale**, ecc.

Vi chiediamo anche di verificare con il vostro pediatra lo stato vaccinale di vostro/a figlio/a ed eventualmente di completarlo.

Fratelli/sorelle possono causare distrazione e agitazione durante la visita, pertanto vi chiediamo, se possibile, di non portare fratelli/sorelle senza essere accompagnati da una persona adeguata.

Vi ringraziamo anticipatamente per la vostra attenzione. Auguriamo a voi e al(la) vostro/a bambino/a gioia e successo in questo nuovo percorso di vita.

Distinti saluti

Per procura

Il vostro team medico scolastico dell'Ente Sanitario di Colonia

Informazioni per bambini o genitori con problemi di deambulazione:

Se Lei in qualità di genitore che accompagna il/la bambino/a o il/la bambino/a stesso/a doveste necessitare di un accesso senza barriere alle sale di visita, la prego di contattarmi (per telefono, e-mail o fax), affinché possiamo programmare per tempo la visita in una sala idonea.

Informazioni per bambini o genitori non udenti:

Se Lei in qualità di genitore che accompagna il bambino o il/la bambino/a stesso/a doveste necessitare di un interprete della lingua dei segni, la prego di contattarmi (per telefono, e-mail o fax), affinché possiamo programmare per tempo la visita in presenza di un interprete della lingua dei segni.

Tutte le indicazioni sono volontarie e vengono trattate con riservatezza.

Questionario anamnestico da parte del servizio medico pediatrico e giovanile

01 **Da quanto tempo la famiglia vive in Germania?**

01.1 - **Bambino/a:** dalla nascita dall'anno ____

01.2 - **G1: uomo** **donna** **diverso** dalla nascita dall'anno ____

01.3 - **G2: uomo** **donna** **diverso** dalla nascita dall'anno ____

02 **Quale lingua è stata parlata prevalentemente con il/la bambino/a a casa nei primi tre anni di vita (lingua madre)?**

Tedesco altra lingua quale? _____

03 **Quali altre lingue vengono parlate in famiglia?**

04 **Da quando vostro/a figlio/a frequenta l'asilo?** ____ . ____ . 201 ____ non lo frequenta
(giorno | mese | anno)

Via e numero civico dell'asilo: _____

05 **Vostro/a figlio/a era in grado di camminare liberamente a 18 mesi?** sì no

06 **Vostro/a figlio/a era in grado di pronunciare 50 parole a 2 anni?** sì no

07 **Vostro/a figlio/a è spannolinato/a di giorno?** sì no

08 **Vostro/a figlio/a è spannolinato/a di notte?** sì no

09 **Ci sono particolarità nello sviluppo di vostro/a figlio/a?**

09.1 - **Disturbi del sonno** sì no

09.2 - **Incidenti** (solo incidenti frequenti o gravi) sì no

09.3 - **Malattie croniche** (ad es. allergia, asma, epilessia, diabete) sì no

Se sì, quali? _____

09.4 - **Vostro/a figlio/a ha bisogno di farmaci?** sì no

Se sì, quali? _____

10 **Com'è la vostra valutazione personale? Mio/a figlio/a...**

10.1 - **è in grado di concentrarsi sufficientemente a lungo.** sì no

10.2 - **è in grado di raccontare eventi secondo la sua età.** sì no

10.3 - **è in grado di disegnare secondo la sua età.** sì no

10.4 - **va d'accordo con gli altri bambini.** sì no

10.5 - **è più agitato/irrequieto/a del normale per la sua età.** sì no

10.6 - **è più pauroso/a del normale per la sua età.** sì no

