

## 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 dovete 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 dovete 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

- 11 **Vostro/a figlio/a è...**  
 troppo magro/a?           normopeso?           troppo grasso/a?
- 12 **Mio/a figlio/a frequenta regolarmente un'associazione sportiva/associazione di nuoto.** sì  no
- 13 **Mio/a figlio/a...**
- 13.1 - ha i **seguenti** dispositivi nella sua stanza:  
 nessuno  TV  PC  console da gioco (Playstation/X-Box/Wii)
- 13.2 - **guarda in media ogni giorno la TV o gioca al computer o con il cellulare/il tablet/la console da gioco** (includere anche il fine settimana)  
 complessivamente \_\_\_\_\_ minuti al giorno.
- 14 **Misure di sostegno per vostro/a figlio/a**  
 (diagnostica/consulenza/terapia): sì  no
- 14.1 - **Se sì, mettere una croce sulla voce pertinente:**  
 Sostegno linguistico all'asilo  Centro di sostegno precoce  Centro sociopediatrico   
 Terapia occupazionale  Logoterapia  Ginnastica medica/Cinesiterapia   
 Consulenza/terapia psicologica  Consulenza familiare   
 altro  Cosa? \_\_\_\_\_
- 15 **Fratelli/sorelle che abitano nel nucleo familiare:** (solo anno di nascita) nessuno/a
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_
- 16 **Particolarità per l'affidamento** (ad es. divieto di contatto da parte di un genitore, rifiuto a fornire informazioni, ecc.)  
 \_\_\_\_\_
- 16.1 **La nostra famiglia viene assistita da**  
 Tutore  Aiutante familiare  non viene assistita
- 17 **Il questionario è stato compilato da:** (apporre solo una crocetta)  
 Entrambi i genitori  G1  G2  Nonni   
 Altri parenti  Genitori affidatari/genitori adottivi  Assistente
- 18 **Che cosa vorreste discutere con il medico?**