



Modulo di iscrizione al Servizio educativo "ASCOLTO"

Nome e Cognome _____

Nata/o a _____ (____) il ____/____/____ Residente a _____

(____) CAP _____ in Via _____

C.F. _____ e-mail _____

Tel./ Cell. 1 _____ Tel./ Cell. 1 _____

Richiede di aderire al seguente servizio :

- Parent training (ADHD, autismo)
- Supporto psicologico
- Consulenza pedagogica
- Spazio adolescenti
- ALTRE INIZIATIVE

Spuntare se presenti

- Disabilità _____
- Allergie/Intolleranze _____
- Altro _____

Con le seguenti modalità/con i seguenti professionisti

Informazioni

Cell: 348 9237 917

www.lasferadipistacchio.it

Data

Firma del richiedente/del genitore
