

via L. Pilla, 50, 46100 Mantova (MN)  
telefono: 3498190785  
[pec: gli\\_ultimicoopsocialeonlus@pec.it](mailto:gli_ultimicoopsocialeonlus@pec.it)  
P. IVA: 02680410202



# SCHEDA MINORE

## DATI ANAGRAFICI PERSONALI

COGNOME	NOME
NATO IL	A
RESIDENTE A	CAP
INDIRIZZO:	
CODICE FISCALE:	
TESSERA SANITARIA N°	SCADENZA
DOCUMENTO DI IDENTITÀ	N°
RILASCIATO DA	IL
SCADENZA	
PERMESSO DI SOGGIORNO	N°
RILASCIATO DA	IL
SCADENZA	

## AMMISSIONE ALLA COMUNITÀ ALLOGGIO

IL MINORE È MAI STATO AFFIDATO AD ALTRE COMUNITÀ O FAMIGLIE AFFIDATARIE?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	----	--------------------------

SE SI QUALI?	

## FAMIGLIA

✓ PADRE

COGNOME	NOME
NATO IL	A

VIVENTE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
---------	----	--------------------------	----	--------------------------

RESIDENTE A	CAP
INDIRIZZO:	

PROFESSIONE	TELEFONO
-------------	----------

✓ MADRE

COGNOME	NOME
NATA IL	A

VIVENTE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
---------	----	--------------------------	----	--------------------------

RESIDENTE A	CAP
INDIRIZZO:	
PROFESSIONE	TELEFONO

✓ PATRIA POTESTÀ

CHI LA ESERCITA?
EVENTUALI DECADIMENTI.

✓ NUCLEO FAMILIARE

NOME	PARENTE LA	ANNO DI NASCITA	PROFESSION E	STATO CIVILE

✓ PARENTI CHE MANTENGONO CONTATTI

COGNOME	NOME
NATO IL	A
RESIDENTE A	CAP
INDIRIZZO:	
PROFESSIONE	TELEFONO

COGNOME	NOME
NATO IL	A

RESIDENTE A	CAP
INDIRIZZO:	
PROFESSIONE	TELEFONO

COGNOME	NOME
NATO IL	A
RESIDENTE A	CAP
INDIRIZZO:	
PROFESSIONE	TELEFONO

## SERVIZI D'INTERESSE

DENOMINAZIONE	
INIDIRIZZO	
COD FISC/P. IVA	
REFERENTE	
CONTATTI (TEL E EMAIL)	

### ✓ SERVIZIO SOCIALE DI COMPETENZA

DENOMINAZIONE	
INIDIRIZZO	
COD FISC/P. IVA	
ASSISTENTE SOCIALE CONTATTI (TEL- EMAIL-FAX)	
PSICOLOGO CONTATTI (TEL- EMAIL-FAX)	
ALTRE FIGURE CONTATTI (TEL- EMAIL-FAX)	

✓ TRIBUNALE DEI MINORENNI

SEDE DI	
INIDIRIZZO	
REFERENTE	
CONTATTI (TEL E EMAIL)	

**SITUAZIONE SANITARIA**

MEDICO CURANTE				
TELEFONO ( <i>STUDIO, CASA</i> )				
NECESSITÀ SCELTA NUOVO MEDICO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
NUOVO MEDICO CURANTE				
INIDIRIZZO				
TELEFONO ( <i>STUDIO, CASA</i> )				
GIORNI E ORARI DI RICEVIMENTO				
TERAPIE IN CORSO				

ALLERGIE	
ALTRE NOTIZIE MEDICO SANITARIE	

### AREA DEL BENESSERE PSICOFISICO

	SI	NO	NON SO
HA CURA DELLA PROPRIA IGIENE PERSONALE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA CURA DEL PROPRIO ABBIGLIAMENTO/IMMAGINE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA CURA DEI PROPRI SPAZI E DEI PROPRI EFFETTI PERSONALI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE DI DISTURBI DEL SONNO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA PROBLEMI DI APPRENDIMENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE DI DISTURBI ALIMENTARI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ, QUALI?			
PRESENTA SIGNIFICATIVI PROBLEMI DI NATURA PSICOLOGICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ, QUALI?			

PRATICA ATTIVITÀ SPORTIVE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ, QUALI?			

## SCUOLA

SCUOLA ATTUALMENTE FREQUENTATA ( <i>NOME, SEDE, CLASSE</i> ):			
	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NON</b>
	<b>I</b>	<b>O</b>	<b>SO</b>
ESISTONO PARTICOLARI PROBLEMATICHE SCOLASTICHE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ, QUALI?			
HA FREQUENTATO SEMICONVITTI, CAG, DOPOSCUOLA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



