Alla cortese att.ne del Dirigente Scolastico

dell’ Isc. “Via Ugo Bassi”

di Civitanova Marche

Dott.ssa A. Marcatili

OGGETTO: richiesta riunione straordinaria equipe pedagogica di classe

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………,

genitore dell’alunno/a ………………………………………………………………………………..

frequentante la classe……….. sezione……….scuola …………………………………………..,

**RICHIEDE**

che venga indetta in data …………. alle ore …….. presso ………………………… una riunione straordinaria dell’Equipe pedagogica dei docenti di classe, alla presenza del/i richiedente/i e alla eventuale presenza di (apporre una crocetta se interessati):

* F.S. Area di Sostegno ai Docenti e agli Studenti;
* Specialista/i esterno/i che ha/hanno redatto la diagnosi o che ha/hanno in trattamento il bambino/a:……………………………………………………………………………………

 per discutere in merito alle strategie più efficaci da utilizzare e alle modalità di verifica che permettano all’alunno/a di esplicitare al meglio le proprie effettive conoscenze.

Distinti Saluti

Civitanova Marche,……………….. Il/i genitore/i………………………………..

 ……………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da compilare a cura della F.S. Area di sostegno ai docenti e agli studenti

La suddetta riunione che avrà luogo in data…….......................................alle ore............................. presso…………………………………….............si svolgerà alla presenza di:

* ………………………………………in qualità di……………………………………………
* ………………………………………in qualità di…………………………………………….
* ………………………………………in qualità di…………………………………………….
* ………………………………………in qualità di…………………………………………….
* ………………………………………in qualità di…………………………………………….
* ………………………………………in qualità di…………………………………………….
* …………………………....................in qualità di…………………………………………….

Civitanova Marche, ……………….. La F.S…………………………….

SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA Il Dirigente Scolastico

 Dott.ssa Antonella Marcatili