

INTERVENTI INDIVIDUALIZZATI

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (____) il _____ e residente a
_____(____), Via/piazza _____ Telefono

COGNOME E NOME MADRE _____

Nata a _____ (____) il _____ e residente a
_____(____), Via/piazza _____ Telefono

vengono informati sulle attività e finalità del **Servizio di assistenza e consulenza psicologica** presso l'I.C. Soverato 1°, rivolto ad alunni e docenti. Il suddetto servizio, curato da psicologa, per **assistenza e consulenza psicologica** consiste in:

osservazione ed interventi relativamente a: dinamiche di gruppo, situazioni comportamentali, difficoltà di concentrazione e di apprendimento, supporto al metodo di studio, consulenza e supporto ai docenti per lo sviluppo di strategie educative efficaci.

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoriale sul minore _____
che frequenta la classe _____ sez _____

informati degli scopi e delle modalità del servizio di supporto psicologico/ educativo/ di psimomotricità / di mediazione interculturale interno all'Istituto

- AUTORIZZANO
- NON AUTORIZZANO
- Psicologa

ad effettuare delle osservazioni e laboratori individuali su nostro/a figlio/a

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Luogo e Data, _____

firma del padre _____ firma della madre _____