Al Dirigente Scolastico



**OGGETTO:** Richiesta autorizzazione per incontro tra rappresentanti team docenti ed esperti.

Il/La sottoscritto/a madre/padre/tutore dell’alunno/a della Scuola classe

Autorizza Il Team Docenti ad avere, in caso di necessità, uno o più colloqui con l’/gli esperto/i che segue/ono il proprio figlio:

 neuropsichiatria infantile;

 psicologo; 

 logopedista;

 psicomotricista;

 fisiatra;

con la finalità di uno scambio di informazioni riguardanti l’alunno/a in un’ottica di collaborazione e progettualità condivisa.

Il genitore/Tutore



\*,