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



\*,