

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

(da restituire alla segreteria della scuola)

Il sottoscritto
Nome del padre

e la sottoscritta
Nome della madre

genitori di classe
Nome dell'alunno/a

nato/a il / / a
data di nascita dell'alunno Luogo di nascita dell'alunno

acconsentono che il/la proprio/a figlio/a prenda parte alle attività previste nell'ambito del Progetto "**Time out**", comprendente la possibilità di accesso allo Spazio studenti, servizio di consultazione psicopedagogica rivolto ai ragazzi della Secondaria di 2° grado, secondo le modalità presentate agli studenti attraverso appositi incontri prima dell'avvio degli interventi e illustrate ai genitori nella scheda consegnata in allegato al presente documento e riportate sul sito internet dell'Istituto.

Il progetto "**Time out**", proposto nell'ambito dell'offerta formativa della Scuola in collaborazione con il Consultorio Adolescenti e Giovani della Fondazione Angelo Custode è finalizzato a individuare i bisogni formativi ed evolutivi specifici degli alunni per orientare e arricchire l'intervento educativo e didattico del team dei docenti e sviluppare una proficua collaborazione scuola - famiglia nel promuovere i processi di crescita e di apprendimento di ciascun ragazzo/a.

Firma del padre per il consenso

.....

Firma della madre per il consenso

.....

Luogo data / /