

SINTESI INCONTRI CON GLI OPERATORI

ALUNNO/A.....Classe..... Plesso.....

SEDE DELL'INCONTRO.....

DURATA DELL'INCONTRO

dalle ore.....

alle ore.....

INCONTRO RICHIESTO DA

- INSEGNANTI
- GENITORI
- OPERATORI

PRESENTI: OPERATORI SCOLASTICI (Indicare nome)

.....

.....

OPERATORI EXTRASCOLASTICI:

- Neuropsichiatra
- Psicologo
- Assistente Sociale
- Educatore
- Terapisti
- Altre figure

GENITORI:

- Padre
- Madre
- Altri familiari

Per gli operatori

Previsione di eventuale successiva verifica: Periodo:

Gli insegnanti di classe

.....
.....
.....

I genitori* (o chi ne fa le veci)

.....
.....

Gli operatori extrascolastici

.....
.....
.....
.....
.....
.....

** Alla luce delle disposizioni del Codice Civile in materia di filiazione e responsabilità genitoriale, il consenso deve essere condiviso dai genitori. Qualora il consenso in oggetto venga firmato da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile, si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.*