

ATTIVITÀ: OLTRE I CONFINI. UN MODELLO DI SCUOLA APERTA
AL TERRITORIO

Anno scolastico 2018/2019

Iscrizione ai Corsi di recupero per alunni BES

tenuti dall'associazione "Il Labirinto"

Il/La sottoscritto/a....., in qualità di genitore
dell'alunno/a.....della
classe.....sez.....del Polo Tecnico-Professionale dell'IIS "N.
Machiavelli",

Autorizza

la partecipazione del/della figlio/a ai corsi di recupero per alunni con BES che si terranno in orario extracurriculare presso la sede di via Milano dell'Istituto.

I corsi saranno tenuti dall'associazione Il Labirinto in base al calendario che sarà pubblicato sul sito e comunicato agli alunni.

Le lezioni prevedono la frequenza obbligatoria; qualora l'alunno non possa partecipare ad uno o più incontri, dovrà giustificare l'assenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, che il proprio/a figlio/a intende frequentare i seguenti corsi di recupero:

- Italiano
- Matematica
- Inglese

Data.....

Firma dello studente

Firma del genitore