

**Comunicazione ai genitori del minore**

**Padre ………………………………………………………………………………………………………………….................................**

**Madre …………………………………………………………………………………………………………………....................................................**

**Esercenti la patria potestà di ………………………………………………………………………………………………………………………**

**Con l’invito a consegnarlo al Pediatria di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale**

**Dr./Dr.ssa …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Il minore ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Nato a ………………………………………………….………......... il …………………………………………………………………………………………..**

**Residente in ………………………………………... Via …………………………………………………………**

**Frequentante la Scuola ……………………………………………………….. classe …………………………**

**Presenta le seguenti difficoltà di apprendimento :**

**……………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Per le quali sono già state poste in essere le seguenti misure:**

**……………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**Firma team docenti**

**……………………………………………………**

**……………………………………………………**

**…………………………………………………..**

**DATA Firma Dirigente Scolastico**

**I genitori prendono atto della comunicazione e acconsentono : ………………………………………………..**