

SUCHNA: Pedagogical meeting ki mang bache ke liye.

Maa baap ka name

Bache ka name

Jis class me padhta he..... sec.....

Nursary school ka pata.....Primary ka

PUSH RAHE HE

Meeting karne ke liye pedagogical ki, teachers ki team ke saath apne bache ke liye. Jo haazir ho (*mark kare niche agar interest ho*):

- F.S. DSA / aur BES nursary school ke/Primary;
- Istitute/ specialisti bahar ke jinho ne nidaan taiyaar kiya he aur bache ka izzaj

(istitute aur specialist ka name aur pata bataye aur e-mail)

Upayog karane ke lie sabase prabhaavee rananeetiyon aur satyaapan ke tareekon par charcha karane ke lie jo chhaatr ko apne vaastavik gyaan ko behatar dhang se samajhaane kee anumati dete hain.

Meeting ki place:

- Door se, platform Meet ke dooran, date time.....
- Haazri me school me date time

Best regards

Bache ke maa/baap

Form ko dheyan me bharte huye F.S. DSA / aur BES nursary school ja /Primary

Maa baap se kii mang ko dekhte huye, bata de ki meeting ke time kin teachers ko lena chahiye:

1.kiske liye.....
2.kiske liye.....
3.kiske liye.....
4.kiske liye.....
5.kiske liye.....

Agar meeting online ho to school ke adhikaari apko email dooran link send kareghe.

Civitanova Marche, date.....

TEACHERS

F.S.....

 IZZAZAT DETE HE

IZZAZAT NAHI DETE

Il Dirigente Scolastico
Dott. Maurizio Armandini

Al Dirigente Scolastico
dell'ISC Via Ugo Bassi
di Civitanova Marche
Dott. Maurizio Armandini

OGGETTO: richiesta riunione Équipe pedagogica in favore di alunno/a DSA/altri BES

Il/La sottoscritto/a
genitore dell'alunno/a
iscritto alla classe sezione
della Scuola dell'Infanzia.....Primaria

CHIEDE

che venga indetta una riunione dell'Équipe pedagogica con il team dei docenti del/la proprio/a figlio/a,
alla presenza del/i richiedente/i e alla eventuale presenza di (*apporte una crocetta se interessati*):

- F.S. DSA / altri BES scuola dell'Infanzia/Primaria;
 - Istituto/ specialista/i esterno/i che ha/hanno redatto la diagnosi e che ha/hanno in trattamento l'alunno/a
- (*indicare nominativo Istituto/specialista, recapito telefonico e indirizzo e-mail*)

per discutere in merito alle strategie più efficaci da utilizzare e alle modalità di verifica che permettano all'alunno/a di esplicitare al meglio le proprie effettive conoscenze.

La suddetta riunione avrà luogo:

- a distanza, utilizzando la piattaforma Meet, in data alle ore
- in presenza presso la scuola in data alle ore

Distinti saluti

Il genitore/I genitori

Da compilare a cura della F.S. DSA / altri BES scuola dell'Infanzia/Primaria

Vista la richiesta da parte dei genitori, si comunica che al suddetto incontro prenderanno parte i seguenti docenti:

1.in qualità di.....
2.in qualità di.....
3.in qualità di.....
4.in qualità di.....
5.in qualità di.....

In caso di riunione a distanza a mezzo piattaforma Meet il coordinatore di sezione/classe creerà un apposito evento sulla piattaforma inserendo, per l'invito rivolto alle famiglie, il nominativo, dunque il relativo account, dell'alunno/a e, per quanto riguarda l'Ente Riabilitativo/specialista, l'indirizzo mail.

Civitanova Marche, li.....

L'ins.te F.S.....

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico
Dott. Maurizio Armandini