LIBERATORIA

AUTORIZZAZIONE FREQUENZA SPORTELLO D’ASCOLTO

I sottoscritti………………………………………………………………………………………………………………………………………

Genitori e/o responsabili di ……………………………………………………………………………………………………………..

Nato/a il……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Residente a………………………………………………………………………………………………..Prov …………………………….

Indirizzo…………………………………………………………………………………………Classe……………………………………….

Con la sottoscrizione della presente, dichiarano di essere a conoscenza dell’attività prevista presso l’Istituto Comprensivo “De Amicis Maresca” nell’ambito del progetto che prevede l’attivazione dello sportello d’ascolto per i ragazzi frequentanti l’Istituto stesso.

Autorizziamo nostro/a figlio/a ………………………………………………………………………………..a usufruire dei servizi erogati dallo sportello d’ascolto, tenuto in orario scolastico dalla Dott.ssa Silvia Femia, psicologa.

Lo sportello sarà a disposizione di studenti e genitori per affrontare tematiche quali:

- L’ambiente dello studio (metodo di lavoro; distribuzione del tempo tra studio e riposo; difficoltà di concentrazione; efficacia dell’applicazione);

- L’ansia da prestazione scolastica (interrogazioni; compiti in classe; verifiche)

- Le relazioni con i docenti e con i compagni;

- Le problematiche del percorso di crescita personale e scolastica dell’allievo;

- Il bullismo.

Eventuali informazioni potranno essere richieste alla Dott.ssa Silvia Femia telefonando al numero 3517894885. Allo stesso numero si effettueranno le prenotazioni dei genitori e dei docenti interessati al servizio.

Luogo e data Firma dei Genitori