ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CANNIZZARO-GALATTI"
Via M. Giurba, 2 --Tel./Fax 090/716398 - Fax 0906415456
98123 MESSINA
Distretto Scolastico 029 – Codice Fiscale 80008360838
e-mail-meic86600p@istruzione.it

Circ. n. 176/DS

Messina, 30/03/2016

A TUTTI I DOCENTI
E ALLE FAMIGLIE

Da pubblicare sul sito web

Oggetto: **Modulistica sportello ascolto Associazione Harahel**

Si avvisa che in allegato sono disponibili i seguenti moduli:

1) Autorizzazione alla partecipazione allo sportello di ascolto programmato gratuito;
2) Autorizzazione allo screening a pagamento (euro 15,00) per l'individuazione di eventuali Disturbi Specifici dell'Apprendimento / Bisogni Educativi Speciali.

Si prega di far pervenire presso la Segreteria le autorizzazioni debitamente compilate per la somministrazione dello screening DSA/BES entro martedì 05 aprile 2016.

Il Dirigente scolastico
Dott.ssa Giovanna Egle Candida Cacciola
Firma autografa sostituita a mezzo stampa - Ex art. 3, comma 2, D.lgs 39/93

Harahel Emporio D'arte

Nome alunno: **Classe:**

Gentile famiglia,

L' Associazione Harahel Emporio D'arte ha consigliato in data.23/04/2016 di somministrare i teste di . **Screening per l'individuazione di un eventuale (disturbo di apprendimento specifico) DSA/BES.**

- strumenti di valutazione: PROVE MT – DDE-2 – AC-MT 6/11 – PRCR 2; l'intelligenza numerica e linguaggio, competenze metafonologiche (bin e cmf), lo screening sarà condotto da figure specializzate nel campo quali psicologhe, pedagogiste e assistenti sociali. (questo servizio si eroga con un contributo spese da parte dei genitori di € 15,00 per le spese di associazione) .
- di seguito le chiediamo di autorizzare **Screening.**

✂----------

Parte da restituire firmata insieme alla quota di € 15,00

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI alla somministrazione Screening. Nel g.

_____

Io sottoscritto/a _____

[ ] AUTORIZZO **[ ] NON AUTORIZZO**

la **somministrazione** **Screening** del alunna/o _____della classe _____

essendo a conoscenza del fatto che la prevenzione nei casi di (DSA/BES) è un scelta importante e consapevole per il bene del proprio figlio/a . La presente autorizzazione è da ritenersi valida anche per essere inserita nel circuito (DSA/BES) nel caso risultasse positiva ai test somministrati

PRENDIAMO ATTO CHE:

1) In caso di mancata partecipazione dell'alunno alla giorno stabilito per lo **Screening ,** la famiglia dovrà presentare la regolare giustificazione dell'assenza sul diario.

Che Screening , è una prima indagine non valida per DSA , valida per il consiglio di classe per essere inserita nei BES.

Data: _____ **Firma dell'alunno:** _____	**Firma del genitore:**_____

Sede legale : Via Bellinzona n. 67 is. 491
Sede operativa Via del Santo n. 26
Recapito telefonici: : 333. 27 93 132
e-mail ass.harahel@hotmail.it blog .http://associazioneharahel.blogspot.it/

Harahel Emporio D'arte

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____

_____

IL SOTTOSCRITTO..... PADRE DELL'ALUNNO/A

.....FREQUENTANTE LA CLASSE..... DELLA SCUOLA .....

AUTORIZZA

IL PROPRIO FIGLIO/A PARTECIPARE **Sportello ascolto programmato**, destinato a alunni il Mercoledì dalle 9,30 elle 11,30 , concordando con l'insegnante titolare della didattica in quelle ore.

E SOLLEVA L'associazione harahel DA QUALSIASI RESPONSABILITA' PER INCONVENIENTI CHE POTREBBERO VERIFICARSI IN ITINERE.

La direzione didattica COMUNICHERA', DI VOLTA IN VOLTA, gli interventi effettuati dall'Associazione Harahel.

I TEMPI.

_____LI,_____

IN FEDE

_____

Sede legale : Via Bellinzona n. 67 is. 491
Sede operativa Via del Santo n. 26
Recapito telefonici: : 333. 27 93 132
e-mail ass.harahel@hotmail.it blog .http://associazioneharahel.blogspot.it/