|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  **"GALILEO GALILEI"**  Via al Bacco, 54 - 23823 - Colico (Lc)  Tel. 0341/940.198- C.F. 83007780139  **E-mail**:lcic806008@istruzione.it – **Pec**:lcic806008@pec.istruzione.it  **Sito***:* [www.galileicolico.edu.it](http://www.galileicolico.edu.it) | ***Ministero dell’Istruzione e del Merito*** |
| --- | --- | --- |

**AI GENITORI DEGLI ALUNNI DELLA SCUOLA DELL’INFANZIA**

**Oggetto : A.S. 24-25 Progetto “Sportello Psicopedagogico”: osservazione nelle sezioni.**

L’Istituto Comprensivo “G.Galilei” ha attivo il Progetto Sportello Psicopedagogico: il servizio prevede alcune azioni specifiche a favore dei bambini e dei genitori della scuola dell’Infanzia.

Il servizio prevede anche attività di osservazione svolte in sezione da parte dello psicologo, dottor Alberto Valsecchi, per conoscere i contesti di apprendimento e rilevare punti di forza e di criticità dei gruppi. L’osservazione dell’esperto offrirà elementi per momenti di confronto con le insegnanti ai fine di elaborare strategie educative e didattiche efficaci.

Al fine di avviare l’attività di osservazione, si chiede ai genitori la compilazione del seguente autorizzazione.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Leda Montinaro

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONSENSO INFORMATO PER ATTIVITA’ PSICOLOGIA SCOLASTICA**

Compilare con i dati del papà

Il sottoscritto ….............................................,

nato a ….......................il.......................,

Compilare con i dati della mamma

La sottoscritta ….............................................,

nata a ….......................il.......................,

genitori del minore…........................................................................

frequentante la sezione…….

della scuola dell’Infanzia (indicare il plesso) ……………………………………………..

1. **OSSERVAZIONE SUL GRUPPO CLASSE**

**• autorizziamo • non autorizziamo**

Lo psicologo scolastico dottor Alberto Valsecchi ad effettuare

**osservazioni sul gruppo della classe in cui il minore è inserito**

Data e luogo............................................

Firma del papà…...................................

Firma della mamma…...................................

**Sono necessari il consenso e la firma di entrambe i genitori, in mancanza dei quali non sarà possibile**

**includere il minore nell’attività**