LICEO ARTISTICO STATALE
CARAVAGGIO

AUTORIZZAZIONE COLLOQUI CON GLI SPECIALISTI

(da far firmare alla famiglia)

I sottoscritti:

COGNOME E NOME _____

COGNOME E NOME _____

GENITORI/TUTORI DELLO/A STUDENTE/ESSA _____

CLASSE _____ SEZ. _____

A U T O R I Z Z A N O

l'istituzione scolastica (nelle persone del dirigente scolastico, dei docenti del consiglio di classe / /docente di sostegno/educatore incaricato dalla scuola della cooperativa esterna) ad effettuare colloqui con gli specialisti che hanno in carico lo studente, al fine di condividere strategie didattico-educative inclusive:

Cognome e nome	Ente/società/titolo professionale	Recapiti e Note

Milano, _____

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

_____

_____

Firma dello studente (se maggiorenne)

_____

Via Prinetti, 47
20127 Milano
Tel. 02 2846948

Cod. mecc. MISL020003
Cod. fisc. 80094670157
Fax 02 26117878

www.liceocaravaggio.gov
segreteria@liceocaravaggio.com
posta certificata misl020003@pec.istruzione.it