

Alle famiglie degli allievi con Difficoltà di Apprendimento

OGGETTO: Progetto di Doposcuola per DSA

Durante l'anno scolastico 2019/2020 sarà attivo un doposcuola per alunni con certificazione per Difficoltà di Apprendimento tenuto, per il sesto anno consecutivo presso la Scuola secondaria di primo grado Nievo, dall'equipe coordinata dalla Dott.ssa Cristina Ariano, Psicologa dello Sviluppo.

Il progetto si avvale della collaborazione di personale formato sulle difficoltà di apprendimento, con l'obiettivo di individuare le strategie più adeguate per l'alunno e costruire un metodo di studio efficace.

Le attività si svolgeranno il **LUNEDÌ dalle 14:35 alle 16:25** e il **VENERDÌ dalle 13:40 alle 15:30** con suddivisione in gruppi, ognuno composto da un esperto e due alunni. Oltre ai pomeriggi effettivi di doposcuola, sono previsti momenti di confronto con gli insegnanti e con i genitori.

L'iscrizione al doposcuola è **ANNUALE**, con inizio delle attività **VENERDÌ 18/10/2019** e conclusione **LUNEDÌ 25/05/2020**. È possibile iscriversi al doposcuola con una frequenza di **un pomeriggio a settimana** (lunedì o venerdì) oppure di **due pomeriggi a settimana** (lunedì e venerdì).

Per il sostegno alle attività del progetto si richiede un contributo pari a **530 €** (divisibile in più rate) per la frequenza di un pomeriggio a settimana, oppure un contributo pari a **1000 €** (divisibile in più rate) per la frequenza di due pomeriggi a settimana.

Il progetto di doposcuola DSA verrà presentato in un incontro aperto ai genitori **mercoledì 02/10/2019 ore 16,30 presso la Scuola Nievo, in via Mentana 14**.

L'adesione dovrà pervenire **entro e non oltre mercoledì 09 ottobre 2019** compilando il modulo allegato che dovrà essere imbucato nell'apposita cassetta sistemata all'ingresso della scuola, nella postazione degli operatori scolastici.

Torino, 27/09/2019

La Docente referente, Prof.ssa Paola Bigatti

La responsabile del progetto, Dott.ssa Cristina Ariano

L'ALUNNO/A _____

CLASSE _____

ADERISCE al doposcuola DSA

Una volta a settimana, nel pomeriggio di:

LUNEDÌ

VENERDÌ

Due volte a settimana

LUNEDÌ e VENERDÌ

(sbarrare la voce che interessa)

IO SOTTOSCRITTO/A _____

IN QUALITÀ DI GENITORE/ESERCENTE LA POTESTÀ DELL'ALUNNO/A

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ PRESSO LA SCUOLA "NIEVO"

Autorizzo l'equipe del DOPOSCUOLA DSA

a visionare la documentazione sanitaria in possesso della scuola relativa a mio/a figlio/a.

FIRMA