

LIBERATORIA

AUTORIZZAZIONE FREQUENZA SPORTELLO D'ASCOLTO

I sottoscritti _____

Genitori e/o responsabili di _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Prov. _____

Indirizzo _____ Classe _____

Con la sottoscrizione della presente, dichiarano di essere a conoscenza dell'attività prevista presso l'Istituto Comprensivo "Su Planu" 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 Maria Teresa Coradduzza, Psicologa.

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

- L'orientamento (analisi dei reali interessi del ragazzo; motivazione allo studio);
- 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 Coradduzza telefonando al numero 3920004415 dal lunedì al giovedì, in orario pomeridiano. Allo stesso numero e nei medesimi giorni si effettueranno le prenotazioni dei genitori interessati al servizio.

Firma dei Genitori