



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto di Istruzione Superiore "L.Cerebotani"

Via G.Galilei, 1 - 25017 Lonato del Garda (BS)

tel: 0309913355 - 0309130420 fax: 0309913490 e-mail: itiscerebota@libero.it

sito: www.itislonato.it

Prot. n°

Lonato, 6 novembre 2012

**Alla cortese attenzione
degli allievi e genitori
delle classi prime**

AI VIA il PROGETTO "EMERGENZA MATEMATICA"

Con la presente si rende noto che, per il periodo 12 novembre- 13 maggio del corrente anno scolastico, i docenti di matematica del nostro Istituto saranno disponibili per interventi pomeridiani di recupero e/o sostegno.

Tali incontri sono stati pensati per gli allievi in difficoltà che potranno così fruire dell'appoggio di una o più insegnanti della nostra scuola per rivedere argomenti non compresi, eseguire compiti o svolgere esercizi assieme ad altri alunni con le stesse lacune.

La partecipazione è facoltativa e va prenotata settimanalmente firmando un apposito modulo presente in classe. L'allievo dovrà porre la propria firma entro il venerdì precedente l'incontro. Durante questi interventi gli alunni vengono organizzati in piccoli gruppi, suddivisi per argomento e difficoltà, indipendentemente dalla classe di provenienza.

E' possibile che un elevato numero di richieste porti ad incrementare gli interventi, che rimangono, comunque, fissati per due ore pomeridiane del lunedì, dalle 14:00 alle 16:00.

La Responsabile del Progetto
(Prof.ssa Nicoletta Zanardi)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(PROF. VINCENZO CONDELLO)

	Istituto Scolastico certificato secondo la norma ISO 9001:2000 per il settore EA-37 "Istruzione"			RIF.	24/01/08	REV 00	



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto di Istruzione Superiore "L.Cerebotani"

Via G.Galilei, 1 - 25017 Lonato del Garda (BS)

tel: 0309913355 - 0309130420 fax: 0309913490 e-mail: itiscerebota@libero.it

sito: www.itislonato.it

PROGETTO: EMERGENZA MATEMATICA

AI GENITORI DELL'ALUNNO _____ CLASSE 1[^]sez. _____

Si comunica che i Docenti di Matematica dell' Istituto si sono resi disponibili ad effettuare incontri per Recupero/Sostegno delle carenze per la durata complessiva dell'intero anno scolastico nelle giornate di lunedì e negli orari sottoindicati.

GIORNO E DATA IN CUI SI SVOLGERÀ L'INCONTRO DI RECUPERO/SOSTEGNO	DALLE ORE ALLE ORE
LUNEDI'	14:00 - 16:00

Gli alunni che intendono partecipare devono restituire la presente autorizzazione nel più breve tempo possibile.

L'iscrizione facoltativa a tali interventi sarà effettuata settimanalmente dall'allievo con una firma in un apposito modulo presente nella bacheca di classe, necessariamente entro il venerdì precedente l'incontro.



(da restituire al Docente ZANARDI debitamente compilato)

Il/lasottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____ classe _____

DICHIARA

di aver preso visione degli incontri di Recupero/Sostegno e autorizza la partecipazione del proprio figlio per i giorni in cui effettuerà l'iscrizione .

Data, _____

_____ (firma del genitore)



Istituto Scolastico certificato secondo la norma ISO 9001:2000 per il settore EA-37 "Istruzione"

RIF.

24/01/08

REV 00

