



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO ARGELATO

40050 ARGELATO (BO) - VIA I MAGGIO 8 -

C.M. boic833002 - TEL. +39 051 6630611 - FAX: 051 6633468 -

MAIL: boic833002@istruzione.it - PEC: boic833002@pec.istruzione.it - C.F. : 91200110376

Prot. n 391/C27

AI GENITORI DEGLI ALUNNI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

E p. c. Al Personale docente e non docente della stessa

OGGETTO: Sportello d'ascolto rivolto a ragazzi e ragazze della scuola secondaria di primo grado

Nell'ambito dell'offerta formativa della Scuola, in convenzione gratuita con la Scuola di Specializzazione in psicoterapia per l'infanzia e l'adolescenza c.i.ps.ps.i.a., è prevista la attivazione di uno **“sportello dello psicologo”**, **uno spazio d'ascolto rivolto ai ragazzi e alle ragazze** a cui potranno rivolgersi gli alunni che lo desiderano, **soltanto se esplicitamente autorizzati da entrambi i genitori.**

La finalità è quella di offrire agli alunni una consulenza in grado di recepire richieste di studenti in difficoltà o desiderosi di un orientamento per problemi di natura pedagogica, psicologica e sociale o interessati ad avere una condivisione di piccole-grandi curiosità o di dubbi sulla crescita .

Si ricorda che tali colloqui non hanno una finalità terapeutica: costituiscono uno strumento in più per i ragazzi, che a volte, per alcuni problemi e/o curiosità, non si rivolgono né ai loro genitori, né agli insegnanti.

In merito all'**autorizzazione dei genitori per l'eventuale accesso allo sportello d'ascolto** si invita a far pervenire la risposta riconsegnando la scheda che segue, sia essa negativa che positiva.

E' previsto per il giorno **GIOVEDI 8 FEBBRAIO 2018 ORE 17.30** un incontro con la Dott.ssa Terranova rivolto ai genitori di presentazione dell'iniziativa.

“PREADOLESCENZA-ADOLESCENZA : ETA' DIFFICILE?in famiglia e a scuola”
 Augurandoci una ampia partecipazione, si ringrazia per la collaborazione, cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico

Da consegnare alla Scuola

I sottoscritti genitori.....

padre.....

madre.....esercenti la patria

potestà

sull'alunno/a.....della classe.....sez.

Dichiarano di aver ricevuto il comunicato prot. n.del e

AUTORIZZANO

il/la sopracitato/a alunno/a, a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo “sportello” dello psicologo.

Bologna, F I R M E

.....
