

Istituto d'Istruzione Superiore "Antonio De Nino"

Ai Sigg. Genitori

Alunno/a _____

Classe _____ sez. _____ **ITC** - **ITG**

OGGETTO: esito attività di recupero

Si comunica che Vostro/a figlio/a, al termine delle attività di recupero (in itinere, con studio autonomo ed ad pomeriggio con corsi svolti dai docenti) previste dopo il primo bimestre/quadrimestre, (cancellare la voce che non interessa) dopo essere stato/a sottoposto/a a prova di verifica:

ha recuperato le carenze nelle seguenti discipline _____

dimostra ancora carenze nelle seguenti discipline _____

Il docente Coordinatore della classe

Ritagliare e riconsegnare subito al docente coordinatore

Il sottoscritto genitore dell' alunno/a _____

Classe _____ sez. _____ **ITC** **ITG**

D I C H I A R A

Di aver ricevuto l' informazione relativa all' esito delle attività di recupero svolte dopo il primo bimestre/quadrimestre. (cancellare la voce che non interessa)

Data ____/____/____ firma _____