



CALENDARIO CORSO DI SOSTEGNO/RECUPERO

Si informano i Sigg. genitori dell'alunno
 che, come da delibera del Collegio dei Docenti e del Consiglio d'Istituto e su indicazione del
 Consiglio della Classe nei mesi di
 Si svolgerà un corso di sostegno/recupero di
 Il corso sarà tenuto dal/la prof./ssa nei seguenti giorni:

- | | |
|---------|----------|
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10. |

dalle ore alle ore

Le assenze da tale corso dovranno essere **giustificate obbligatoriamente.**

Torino,

Il docente del corso

.....

 Il Sottoscritto genitore dell'alunno/a
 dichiara di essere a conoscenza che suo/a figlio/a deve partecipare al corso di
 recupero/sostegno
 di per la classe Che si terrà nei
 mesi di dalle ore alle ore

Torino

Firma

.....