**Proposta di invio ai servizi specialistici per l’approfondimento diagnostico nell’ambito del monitoraggio degli apprendimenti della letto-scrittura (classi prime e seconde)**

**Per le classi successive cancellare la parte relativa alle classi frequentate**

|  |  |
| --- | --- |
| **SCUOLA** |  |
| **CLASSE** |  |
| **INSEGNANTI** |  |
| **NOME DELL’ALUNNO/A** |  |
| **OSSERVAZIONI DEGLI INSEGNANTI MOTIVANTI L’INVIO** |  |
| **RISULTATI PROVE DI LETTOSCRITTURA** | * Dettato * MTC * MTR |
| **RISULTATI PROVE DI MATEMATICA** | (in mancanza di valori di riferimento, si possono riportare considerazioni in forma discorsiva) |
| **ALTRE EVENTUALI CONSIDERAZIONI** |  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Visto Il Dirigente Scolastico**

Firma degli insegnanti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                

Firma dei genitori\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_