



Istituto Comprensivo di Coreglia Ant.lli  
 Viale Castracani- Loc.tà Dezza - 55025 Ghivizzano (LU)  
 Tel 0583/77027 Fax 0583/77062  
 e mail luic821009@istruzione.it  
 P.I. 93003010464 Cod. MIN. LUIC821009

Ai genitori dell'alunn .....

Classe ..... della Scuola Primaria di

.....

Oggetto: frequenza in presenza in caso di chiusura delle scuole.

In ottemperanza a quanto disposto dal DPCM del 2.03.2021 n. art 43 – alunni con Bisogni educativi speciali e con disabilità, si comunica che, anche in “zona rossa” è fatta salva la possibilità di svolgere attività in presenza qualora sia necessario l’uso dei laboratori o in ragione di mantenere una relazione educativa che realizzi l’effettiva inclusione scolastica degli alunni con disabilità e con bisogni educativi speciali [...]”.

A tale scopo, nelle classi dove risulta importante il mantenimento della relazione educativa, saranno organizzate 15 ore settimanali di didattica in presenza, contemporanee alle ore di didattica a distanza, che saranno svolte dai docenti principalmente da scuola.

Al fine di rendere effettivo il principio di inclusione sarà possibile coinvolgere nelle attività in presenza anche altri alunni appartenenti al gruppo classe – secondo modalità che ne consentano la completa rotazione – con i quali gli studenti BES possano continuare a sperimentare l’adeguata relazione nel gruppo dei pari, in costante rapporto educativo con il personale docente e non docente presente a scuola.

Le suddette ore si svolgeranno dal lunedì al venerdì dalle ..... alle.....

Come previsto dal decreto **la frequenza è volontaria** .

Per organizzare il servizio preghiamo i genitori degli alunni con disabilità o con Piano didattico personalizzato di indicare la disponibilità a far frequentare propri figli nel periodo di eventuale chiusura.

Io sottoscritto/a, .....

genitore dell'alunno/a.....

Frequentante il plesso di ..... classe.....

Dichiaro di essere/non essere ( cancellare la voce che non interessa) favorevole alla frequenza in presenza di mio/a figlio/a nel rispetto della sua programmazione individualizzata.

Data.....

Firma del genitore

.....

La Funzione strumentale al disagio e alla disabilità  
 Cinzia Tomasi

Il Dirigente Scolastico  
 Dott.ssa Alessandra Giornelli  
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai  
 sensi dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo*



n. 39/1993

