Al Docente coordinatore della classe …. sez. …..

Scuola Secondaria di 1 grado Vaccina”

Oggetto: presa visione valutazioni periodiche - 1° quadrimestre a.s. 2023-2024

I sottoscritti ………………………………………e ………………………………………………………………

genitori dell’alunno/a ……………………………………………………………………………………………

frequentante la classe ……….. sez. …………,

dichiarano

di aver preso visione delle valutazioni periodiche relative al 1° quadrimestre dell’a.s. 2023-2024 (voti delle diverse discipline, del comportamento e rilevazione dei progressi)

Andria,

 firma dei genitori

Indicare vicino alla firma il numero del documento di riconoscimento o trasmetterlo in allegato