



CONSENTIMENT
REFORÇ EXTRALECTIU_PAM ESO



REF*						
CLL	VLL	MAT	CCSS	IN	F/Q	
HORARI:						
PROFESSOR/PROFESSORA DE LA MATÈRIA:						

En/Na.....
pare, mare o tutor/a amb DNI(email:.....)

AUTORITZE / **NO AUTORITZE**

el meu fill/a del
curs: d'E.S.O. i grup:

a participar en el **Reforç Extralectiu del Plà d'Actuacions per a la Millora** amb el compromís de mantindre contacte amb el professorat mitjançant les entrevistes que aquest considere convenientes.

Així mateix em comprometo també a motivar el meu fill/a perquè continue amb els seus estudis, assistisca al centre amb regularitat, amb una conducta adequada i aprofitament satisfactori.

Conec a través del professorat que l'absència injustificada, la conducta desadaptada i un deficient aprofitament són causes de la baixa de l'alumne/a en aquest Programa.

Aldaia, a de /d' de 2017

Signat: