

RICHIESTA CUMULATIVA DI USCITA/ENTRATA A SCUOLA PER TERAPIA

Anno Scolastico ____ / ____

Il/La sottoscritt _____ genitore dell'alunn _____,
frequentante la

<input type="checkbox"/> scuola infanzia "Bellini"	sezione
<input type="checkbox"/> scuola infanzia "Puglisi"	sezione
<input type="checkbox"/> scuola infanzia "Verdi"	sezione
<input type="checkbox"/> scuola primaria Crespellani"	classe
<input type="checkbox"/> scuola primaria "Frank"	classe
<input type="checkbox"/> scuola secondaria "Graziosi"	classe

al fine di permettere al bambino di frequentare la terapia _____
presso _____**COMUNICA**che il/la figlio/a sarà assente da scuola nella/e giornata/e:
(indicare il/i giorno/i della settimana): _____ dalle ore _____ alle ore _____ _____ dalle ore _____ alle ore _____

ovvero

 _____ entrerà in ritardo dalle ore _____

ovvero

 _____ uscirà anticipatamente alle ore _____

ovvero

 si allega il calendario della terapia (con variazione di giornate e orari)

a partire dalla data _____

 sino alla data _____

ovvero

 per la durata dell'intero anno scolastico

(fatta eccezione per eventuali cambi di programma, dipendenti dalle esigenze organizzative del servizio che ha in carico il bambino: tali variazioni verranno di volta in volta comunicate agli insegnanti di classe/sezione).

A tal fine dichiara di esonerare la scuola da qualsiasi responsabilità, nell'orario in cui l'alunno sarà assente da scuola.

Savignano s.P., ____ / ____ / ____

Firma del genitore
