

**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  
\_\_\_\_\_