

RICHIESTA DI ENTRATA/ANTICIPO USCITA PER TERAPIA

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo FUTURA

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ il _____ frequentante nell' a. s. 20___/20___

la classe _____ sez. _____ nel plesso di:

- Scuola dell'Infanzia _____
- Scuola Primaria _____
- Scuola Secondaria di I Grado _____

CHIEDE

Che il/la proprio figlio/a entra / esca nei giorni e negli orari indicati:

GIORNO	ORARIO INGRESSO	ORARIO USCITA
LUNEDI'		
MARTEDI'		
MERCOLEDI'		
GIOVEDI'		
VENERDI'		

La presente richiesta è relativa al periodo che va dal _____ al _____

La famiglia si impegna a rispettare l'orario sopra indicato e solleva l'Istituto da ogni responsabilità.

Si comunica che nei suddetti giorni l'alunno/a sarà accompagnato da : _____

Firma _____
(genitore)

N.B. SI ALLEGA CERTIFICAZIONE DEL CENTRO

(spazio riservato alla segreteria)

VISTO :

Si autorizza

Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Sara Giovanna Belluzzo)