

Oggetto: richiesta entrata posticipata e/o uscita anticipata per motivi di salute e/o terapie.

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore
dell'alunno/a classe/sez

PLESSO SCOLASTICO:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> scuola dell'infanzia di Trecallo | <input type="checkbox"/> scuola dell'infanzia di V. Acquanera |
| <input type="checkbox"/> scuola primaria D. Birago/Albate | <input type="checkbox"/> scuola primaria L. Picchi/V. Acquanera |
| <input type="checkbox"/> scuola primaria M. Kolbe/Muggiò | <input type="checkbox"/> scuola secondaria di I° gr. G. Marconi |

CHIEDE

che il proprio/a figlio/a possa:

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ENTRARE ALLE ORE | NEI GIORNI |
| <input type="checkbox"/> USCIRE ALLE ORE | NEI GIORNI |
| <input type="checkbox"/> USCIRE ALLE ORE | E RIENTRARE ALLE ORE |
| | NEI GIORNI |

DAL AL INTERO ANNO SCOLASTICO/.....

PER IL SEGUENTE MOTIVO:

(Si allega certificato medico e/o attestazione del Centro Riabilitativo con indicazione dei giorni e dell'orario di terapia).

Como,

.....

Firma del genitore richiedente

EMAIL:

(chiara e leggibile)

=====

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Como,

Il dirigente scolastico