Al Dirigente Scolastico

I.C. “D. Alighieri” - Ripalimosani

OGGETTO: Richiesta di entrata/uscita periodica o permanente oltre l’orario ordinario per necessità di terapie mediche.

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede

che il/la propri\_\_\_\_\_ figli\_\_\_\_\_\_\_\_ possa (barrare la scelta che interessa)

* entrare posticipatamente alle ore ……………..
* uscire anticipatamente alle ore ……………..
* uscire alle ore ……………. e rientrare alle ore …………….

per eseguire terapie mediche, nei giorni e negli orari di seguito indicati:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* dal ………...……. al …….……….

Ovvero

* per l’intero anno scolastico

Si allega attestazione medica con l’indicazione dei giorni ed orari delle terapie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_