

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Iscritto alla classe _____ sez. _____

scuola : _____

CHIEDE

- INGRESSO POSTICIPATO** del proprio figlio/a a scuola alle ore _____
→ il giorno _____
→ i giorni (se più di uno settimanali) _____

Per permettere le seguenti terapie

- _____
- _____
- Altra motivazione (INDICARE) _____

- USCITA ANTICIPATA** del proprio figlio/a a scuola alle ore _____
→ il giorno _____
→ i giorni (se più di uno settimanali) _____

Per permettere le seguenti terapie

- _____
- _____
- Altra motivazione (INDICARE) _____

La presente autorizzazione richiesta prevede anche il rientro a scuola successivamente alla terapia alle ore _____ nei giorni _____

Dichiara di sollevare, per quanto sopra, l'amministrazione scolastica e l'insegnante di classe da qualsiasi responsabilità.

Arese, _____

Firma del genitore
