RICHIESTA DI ENTRATA POSTICIPATA / USCITA ANTICIPATA PERIODICA O PERMANENTE PER NECESSITÀ DI TERAPIE MEDICHE

Al Dirigente Scolastico IC PALESTRO ABBIATEGRASSO

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

Il/La Sig./ra , genitore dell’alunno da prelevare

Cognome Nome

…………………………………………………………… frequentante la classe

[Cognome e Nome alunno/a]

della Scuola:  Secondaria I Grado -  Primaria -  Infanzia

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.

*luogo e data firma leggibile*



Visto, si autorizza:

Il Dirigente Scolastico Dott.ssa Esposito Anna Abbiategrasso,

**IL PRESENTE MODELLO E L’ATTESTATO DELLA STRUTTURA MEDICA/SANITARIA VANNO CONSEGNATI IN SEGRETERIA**