Al Dirigente Scolastico
Del 3°CIRCOLO DIDATTICO
Somma Vesuviana

Oggetto: Richiesta permesso ingresso/ uscita per attività riabilitativa
Alunno_____
Plesso_____cl_____sez_____

Il/la sottoscritto/a_____

In qualità di genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sezione _____ plesso_____

nato/a a _____il_____

CHIEDE

Un permesso per attività riabilitative nei seguenti giorni:

	Orario inizio terapia	Orario ingresso posticipato a scuola	Orario uscita anticipata da scuola	Eventuale orario di rientro a scuola in caso di terapie NON al termine o inizio lezioni
Lunedi				
Martedi				
Mercoledi				
Giovedi				
Venerdi				

Per il periodo dal _____al_____

- Allega alla presente Attestato Centro Riabilitativo
- Dichiara di consegnare entro 30 gg dalla presente, attestato del centro riabilitativo

Si allega copia del documento identità genitore

Il sottoscritto esonera la scuola da qualsiasi responsabilità derivante dall'accoglimento di tale richiesta.
Data,

Firma

_____

Riservato al Dirigente Scolastico

VISTA L'EFFETTIVA E DOCUMENTATA NECESSITA', si concede il permesso.

Il Dirigente Scolastico
Nunzia Borrelli