

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

della classe _____ sez. _____ scuola Infanzia/Primaria _____

CHIEDE

il seguente adattamento orario temporaneo di frequenza del/la proprio/a figlio/a per motivi di terapia come da documentazione allegata:

☐ ingresso posticipato / uscita anticipata nei giorni _____ alle ore _____ ;

☐ ingresso posticipato / uscita anticipata nei giorni _____ alle ore _____ ;

☐ ingresso posticipato / uscita anticipata nei giorni _____ alle ore _____ ;

☐ per il periodo dal _____ al _____ a.s. _____ .

Guspini, _____

Firma del genitore _____