Al Dirigente Scolastico

 Istituto Comprensivo Statale

 di VIALE LIBERTÀ – VIGEVANO (PV)

Oggetto: **Richiesta permesso per entrata posticipata/uscita anticipata/assenza alunno/a per terapia**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(madre)* e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(padre)*

genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe/sezione\_\_\_\_

 ◻della Scuola Secondaria di I grado: ◻ Robecchi

 ◻della Scuola Primaria: ◻ De Amicis ◻Botto

 ◻della Scuola dell’Infanzia: ◻ Corsico ◻Santa Maria delle Vigne

CHIEDONO

A) ◻ di far entrare ◻ di far uscire

 il/la succitato/a alunno/a nel/nei giorno/i

di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B) il permesso per assenza nel giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per poter effettuare terapia logopedica (*altro*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre Firma padre

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

***Si allega:***

***Certificato operatore ASST***

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Visto: si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Giovanna Montagna