

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Sanremo Ponente

OGGETTO: *Richiesta entrata posticipata / uscita anticipata per terapie*

I sottoscritti Genitori/Tutori

_____ Nato a _____ il _____
Cognome e nome del padre/tutore legale

_____ Nata a _____ il _____
Cognome e nome della madre/tutore legale

In qualità di genitori/tutori dell'alunno/a

Nato/a..... iliscritto/a per la.s. 2019/2020 alla

Scuola..... classe sezione

CHIEDONO

Che l'alunno/a possa effettuare l'entrata posticipata / l'uscita anticipata alle ore.....
del giornoper effettuare le seguenti terapie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data _____

FIRME DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI DEL MINORE

