

Oggetto: Richiesta di entrata posticipata / uscita anticipata alunno per terapie medico/educative

Il sottoscritto nato a prov. ilresidente a
 CAP via n. nonché

La sottoscritta nata aprov. il.....
 residente a CAP via.....n. in qualità di genitori di
 Frequentante la classe/sezione..... presso la
 scuola.....

Dichiariamo

- di essere a conoscenza delle disposizioni organizzative previste dalla Scuola e di condividere e accettare le modalità e i criteri da questa previsti in merito alla vigilanza sui minori;
- di essere consapevoli che, al di fuori dell'orario scolastico, la vigilanza sui minori ricade interamente sui genitori o chi ne esercita la patria potestà;
- che tale richiesta è concordata con gli specialisti sanitari per ragioni di opportunità e necessità;
- di garantire il prelevamento del figlio da parte di un genitore o persona maggiorenne delegata;
- di essere consapevoli che nostro figlio non fruirà del regolare monte ore settimanale del curriculum;
- che nostro figlio deve seguire

Frequenza Centro

Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso

Altro (specificare);

- che tale uscita si rende necessaria e che non è possibile svolgere la suddetta terapia in altro orario;

· che, dove l'orario di effettuazione lo consenta, l'alunno farà rientro a scuola per svolgere le attività didattico-educative successive al termine della terapia. Chiediamo alla S.V. che nostro figlio possa essere autorizzato ad uscire/entrare in ritardo a Scuola per lo svolgimento della suddetta terapia nei giorni e negli orari che seguono:

Giorni	Orario terapia	Entrata posticipata alle ore	Uscita anticipata alle ore	In caso di uscita e rientro nel corso della medesima giornata Uscita alle ore e rientro alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				

La presente richiesta si intende valida:

per l'intero anno scolastico per il periodo dal al

I sottoscritti genitori si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione che intervenga nell'organizzazione della terapia rispetto a quanto sopra riportato.

Dueville, Firma Firma

Ai genitori dell'alunno.....

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta e analizzata la documentazione, autorizza la frequenza scolastica con riduzione oraria.

Dueville,

Il Dirigente Scolastico