

Oggetto: Richiesta di entrata posticipata /uscita anticipata alunno per terapia

Il sottoscritto / I sottoscritti

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;
 - di garantire il prelevamento del/la figlio/a da parte di un genitore o persona maggiorenne delegata;
- di essere consapevoli che nostro/a figlio/a non fruirà del regolare monte ore settimanale del curricolo;
- che nostro figlio deve seguire

Frequenza Centro

Terapia psicologica /logopedica / psicomotoria presso

Altro (specificare)

(come da certificato allegato)

- 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/a figlio/a 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	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.

Si allega certificato di iscrizione rilasciato dall'Ente o Associazione in cui il proprio figlio svolge la suddetta terapia.

Pavia,

Firma _____

Firma _____

Per il trattamento dei dati, si rimanda all'Informativa sul sito della scuola e si ricorda che la scuola può utilizzare i dati contenuti nel presente modulo esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione.

=====

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

Pavia,

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Chiara Vercesi
