



Istituto Comprensivo
Adelaide Ristori

AI GENITORI DELL'I.C."A.RISTORI
ALL'ALBO
AGLI ATTI
AL SITO

OGGETTO: Richiesta autorizzazione entrata/ uscita per effettuare terapie mediche

Io sottoscritto/a.....genitore
dell' alunno/a.....
Classe.....Sez.....Grado (infanzia- primaria- media).....Plesso
(Durante-Ristori).....
Chiedo autorizzazione di
ENTRATA ALLE ORE.....
USCITA ALLE ORE.....
RIENTRO ALLE ORE.....
NEI
GIORNI.....
.....

- A PARTIRE
DA.....AL.....
- PER TUTTO L' ANNO SCOLASTICO

Per sottoporsi a terapie mediche
Si allega certificazione della struttura presso la quale si effettua la terapia

Data.....
FIRMA MADRE.....
FIRMA PADRE.....

Il Dirigente Scolastico, vista la documentazione allegata

- AUTORIZZA**
- NON AUTORIZZA**

La DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Stefania Colicelli