

Al Dirigente scolastico
dell'Istituto comprensivo
.....

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

Il sottoscritto (C.F.....)
nato aprov. il..... residente a
CAP via n.
nonché

La sottoscritta (C.F.....)
nata aprov. il..... residente a
CAP via.....n.
in qualità di genitori di..... frequentante la
classe.....
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 figlio da parte di un genitore o persona maggiorenne delegata;
- di essere consapevoli che nostro figlio 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 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					
Sabato					

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.

.....,

Firma

Data

Firma

Ai genitori dell'alunno.....

Ai docenti del team/Consiglio di classe

Scuola

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

.....
 ,

Il Dirigente Scolastico