

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Francavilla di Sicilia

Oggetto: **Richiesta uscita anticipata alunno/a per terapia/e.**

Il sottoscritto (C.F.)
nato a prov. il residente a
CAP via n.
nonché
la sottoscritta (C.F.)
nata a prov. 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 responsabilità dell'alunno 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 l'alunno non fruirà del regolare monte ore settimanale del curricolo;
- che nostro figlio/a deve seguire la/e seguente/i terapia/e
.....;
- che tale uscita si rende necessaria e che non è possibile svolgere la suddetta terapia in altro orario;
- che l'alunno/a farà rientro a scuola per svolgere le attività didattico-educative;

CHIEDIAMO

alla S.V. che nostro figlio possa essere autorizzato ad uscire dall'Istituto per lo svolgimento della suddetta terapia dalle ore alle ore nei giorni

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

Luogo

Firma

Data

Firma