

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IC FORIO 1 – FORIO D'ISCHIA**

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.

Luogo.....

Firma

Data

Firma