ISTITUTO COMPRENSIVO *MARCO POLO*
Via Luigi Fabbri, 1 - 60044 **FABRIANO** (AN)
Tel. 0732 21971 Fax 0732 4797 C.F. 90016680424
sito web: ***icmpolo.edu.it*** e-mail: ***anic84600e@istruzione.it*** PEC: ***anic84600e@pec.istruzione.it***

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Marco Polo"
Fabriano (AN)

Oggetto: Richiesta entrata / uscita per terapia riabilitativa dell'alunno/a in orario scolastico.

Il/la sottoscritto/a_____

Genitore/Tutore dell'alunno/a_____

frequentante la classe_____sez._____ scuola_____

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a possa (barrare la scelta di interesse):

- ☐ entrare posticipatamente alle ore _____
- ☐ uscire anticipatamente alle ore _____
- ☐ uscire alle ore_____e rientrare alle ore _____

per poter effettuare terapie mediche presso il Centro_____

_____

nei giorni di seguito indicati:_____

- ☐ per l'intero anno scolastico in corso
- ☐ per il periodo dal _____ al _____

L'alunno/a verrà prelevato/a da:

- ☐ il Genitore/Tutore
- ☐ una persona maggiorenne autorizzata (si allega delega con copia documento delegato)

Fabriano,_____

Firma del Genitore/Tutore dell'alunno

_____