All’Attenzione del Dirigente Scolastico

Dell’IC Marino Centro

**Oggetto: Richiesta di entrata posticipata/uscita anticipata alunno/a per terapia medica continuativa**

I Sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dell’alunno/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_plesso/sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARANO

* 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 maggiormente delegata;
* Di essere consapevoli che nostro figlio non fruirà del regolare monte ore settimanale del curricolo;
* Che nostro figlio deve seguire
* Frequenza Centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Terapia psicologia/logopedica/psicomotoria presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Come da certificato allegato);**

* Che dove l’orario di effettuazione lo consente, l’alunno/a farà rientro a scuola per svolgere le attività didattico-educative successive al termine della terapia;
* **Che tale uscita si rende necessaria e che non è possibile svolgere la suddetta terapia in altro orario se non in quello scolastico;**

CHIEDIAMO

Alla S.V. che nostro figlio/a possa essere autorizzato/a ad uscire/entrare in ritardo a Scuola per lo svolgimento della suddetta terapia nei giorni e negli orari che si evincono dal certificato.

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 certificato

Si allega certificato rilasciato dall’Ente/Associazione/Studio medico in cui il proprio/a figlio/a svolge la suddetta terapia.

Marino,

Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parte riservata alla Scuola

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

Marino,

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Ing. Claudia Angelini