ISTITUTO COMPRENSIVO **DRUENTO**

Via Manzoni,11
10040 Druento TO
www.icdruento.edu.it

e-mail toic89000v@istruzione.it
C.F.97745300018 C.M. TOIC89000V
tel.011 984 65 45

I SOTTOSCRITTI _____

GENITORI DELL'ALUNNO/A_____FREQUENTANTE

LA CLASSE_____DEL PLESSO_____

DICHIARANO CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

- EFFETTUERA' UN ORARIO RIDOTTO NEI SEGUENTI GIORNI/ORARI:

  _____

  _____

  (ALLEGARE RICHIESTA SANITARIA)

- USCIRA' ANTICIPATAMENTE ALLE ORE _____

  NEI GIORNI_____

PER IL SEGUENTE MOTIVO:

- LOGOPEDIA (allegare il **calendario** con le sedute da effettuare presso la struttura)
- PSICOMOTRICITA'
- ATTIVITA' SPORTIVO-AGONISTICO **(ALLEGARE CERTIFICATO DELL'ENTE SPORTIVO)**
- PROGETTO SOCIALE

Data

_____

Firma dei genitori

_____

_____

RISERVATO ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA:

- □ SI CONCEDE
- □ NON SI CONCEDE

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Barbara SALETTI