Al Dirigente Scolastico

dell’Ic Porlezza

OGGETTO: entrata/uscita fuori orario per terapie

Io sottoscritto/a………………………………………………………………………………………………………..

genitore dell’alunno/a……………………………………………………………………………………………..

frequentante la scuola dell’Infanzia di………………………………………………………sez………..

al fine di poter far frequentare al bambino/a la seguente terapia:

* psicomotricità
* logopedia
* psicologo
* altro

CHIEDE

Il permesso di poter

* Far entrare a scuola suo/a figlio/a

il…………………………………………. alle ore……………………………………………

* Ritirare da scuola suo/a figlio/a

il………………………………………………….. alle ore…………………………………….

Cordialmente

Data……………………… Firma……………………………………….