

Al Dirigente scolastico

[L] [SEP] dell'Istituto comprensivo Cogorno (GE)

Oggetto: Richiesta di entrata posticipata/uscita anticipata alunno per terapia

Il sottoscritto nato aprov. il.....
residente a CAP via n. [L] [SEP]

e

[L] [SEP]La sottoscritta (C.F.....) [L] [SEP]nata a
.....prov. il..... residente a CAP
via.....n. [L] [SEP]in qualità di **genitori/tutori** di
..... frequentante la classe..... [L] [SEP]presso la
scuola.....

Dichiariamo

- di essere a conoscenza delle disposizioni organizzative previste dalla Scuola e di condividere e accettare le [L] [SEP]modalità e i criteri da questa previsti in merito alla vigilanza sui minori; [L] [SEP]
- di essere consapevoli che, al di fuori dell'orario scolastico, la vigilanza sui minori ricade interamente sui [L] [SEP]genitori o chi ne esercita la patria potestà; [L] [SEP]
- di essere consapevoli che nostro figlio non fruirà del regolare monte ore settimanale del curriculum;
- di garantire il prelievo del figlio da parte di
- che nostro figlio deve seguire
 - Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso [L] [SEP]
 - Altro (specificare) [L] [SEP]
- 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;
- **che siamo consapevoli che una variazione oraria non comunicata tempestivamente potrà non garantire la continuità del docente di sostegno**

Chiediamo

[L] [SEP]

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:

Giorno	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				

La presente richiesta si intende valida:

- per l'intero anno scolastico [L] [SEP]
- per il periodo dal al [L] [SEP]

I sottoscritti genitori si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione che intervenga nell'organizzazione della terapia rispetto a quanto sopra riportato. [L] [SEP]

Si allega certificato di iscrizione rilasciato dall'Ente o Associazione in cui il proprio figlio svolge la suddetta terapia.

[L] [SEP]

Cogorno,

Firma

Firma

Ai genitori dell'alunno.....

Ai docenti del team/Consiglio di classe

Plesso.....

[L] [SEP]

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta e analizzata la documentazione, autorizza la frequenza scolastica con riduzione oraria

[L] [SEP] Il Dirigente Scolastico
Prof. Biagio FERRO