

Il/La sottoscritto/a _____ genitore/tutore dell'alunno/a
_____ iscritto/a alla classe _____ sez. _____ del plesso _____

CHIEDE

sotto la propria responsabilità, l'autorizzazione per

- terapie** **sport agonistico**

specificare tipo di terapia/sport agonistico: _____

Per non interrompere le attività didattiche

le richieste possono essere autorizzate **ESCLUSIVAMENTE** al cambio dell'ora

ENTRATA POSTICIPATA

USCITA ANTICIPATA

Il giorno _____ alle ore _____

Si allega alla presente certificato rilasciato dalla struttura in data _____

N.B. : La presente richiesta dovrà essere rinnovata dal genitore, in caso di variazioni di giorni ed orario con eventuale nuova certificazione.

Il/la sottoscritto/a si impegna a ritirare personalmente il/la proprio/a figlio/a.

Rocca di Papa, _____

IN FEDE

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

- si autorizza
 non si autorizza

Consegnata/Inviata per mail copia all'Insegnante _____ il _____

Il Dirigente Scolastico
Prof. Antonio Cavaliere