AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 DELL’I. C ABBA ALIGHIERI

 DI PALERMO

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

Il sottoscritto ………………………………………….. (C.F…………….…..……………...)

nato a …………………………………prov. …… il………………… residente a ………………………… CAP ……….. via ............................................................ n. ..…

nonché

La sottoscritta ………………………………………….. (C.F…………….…..……………...)

nata a ………………………………prov. …… il……………….… residente a ………..……………….…

CAP ……… via…………..……………………………n. …….

in qualità di genitori di …………………… frequentante la classe....... Sez. . presso la scuola …………..

Dichiariamo

 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 maggiorenne delegata;

 di essere consapevoli che nostro figlio non fruirà del regolare monte ore settimanale del curricolo;

 che nostro figlio deve seguire

⎕ Frequenza Centro........................................................................................................

⎕ Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso ..............................................

⎕ Altro (specificare) …………………………………………………………………. (**come da certificato allegato**);

 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,

Chiediamo

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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Giorni |  | Orario terapia |  | Entrata posticipataalle ore |  | Uscita anticipata |  | In caso di uscita e rientro nel corsodella medesima giornataUscita alle ore e rientro alle ore |
|  | alle ore |
| Lunedì |  |  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |  |  |
| Sabato |  |  |  |  |  |

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 sopra riportato.

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

 PALERMO Firma ……………………………..

 Data ……………… Firma ……………………………………

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 ....................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………

Palermo , .......................................

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Anna Maria Pioppo