

Il/la sottoscritto/a   
genitore dell'alunno/a   
frequentante la classe  sez.  della Scuola  di

**COMUNICA CHE**

Il/la proprio/a figlio/a nel corso dell'anno scolastico, necessità di sedute terapeutiche nel modo che segue:

GIORNO	ORARIO	TERAPIA/SEDE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pertanto **chiede** l'autorizzazione a far uscire il/la proprio/a figlio/a alle ore  nei giorni

fino a nuova comunicazione o comunque fino al termine dell'anno scolastico.  
Si allega a tale scopo opportuna documentazione.

Luogo e data

Firma

\*\*\*\*\*

Visto: \_\_\_\_\_ autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Carla Busconi