

AL Dirigente Scolastico
Elena De Silvestri
IC della Margherita
Vizzolo Predabissi (MI)

A.S. 20....- 20.....

Entrata posticipata / Uscita anticipata / Rientro

Il/la sottoscritto/a		Cell.	
genitore dell'alunno/a			
Frequentante la Scuola:		plesso di	
CLASSE		SEZIONE	

CHIEDE

che mio/a figlio/a nei giorni di seguito indicati possa avere i seguenti orari di entrata/uscita dalle lezioni:

Giorno	Orario entrata posticipata	Orario uscita anticipata	Orario di rientro
LUNEDÌ			
MARTEDÌ			
MERCOLEDÌ			
GIOVEDÌ			
VENERDÌ			

per motivi _____ allega certificato (per terapie)

- orari da osservare fino al _____
- orari da osservare per tutto l'anno scolastico in corso.

Firma dei genitori

Data, _____

Madre _____

Padre _____

1 - La firma è obbligatoria di entrambi i genitori solo in caso di separazione/divorzio

2 - ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL GENITORE

Il Dirigente Scolastico

considerata la richiesta di adeguamento orario di entrata/uscita per motivi

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

Il Dirigente scolastico
(Prof.ssa Elena De Silvestri)