

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

IL/La sottoscritto/a _____ genitore dell' ALUNNO/A
_____ frequentante _____ nell'anno
scolastico 2023/2024 la classe _____ sez. _____ della Scuola Infanzia / Primaria /
Secondaria di I grado di _____.

Dichiaro

- 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 curriculum;
- che mio 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 posticipata alle	Uscita anticipata alle ore	In caso di uscita e rientro nel corso della medesima giornata	
				Uscita alle ore	rientro alle ore
Lunedì					
Martedì					
Mercoledì					
Giovedì					
Venerdì					
Sabato					

La presente richiesta si intende valida:

- ☐ per l'intero anno scolastico
☐ per il periodo dal

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.

Lauria,

Firma dei genitori

.....

=====

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.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Serena TROTTA