

**Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. Fiorano Modenese 1^**

IO SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE DELL'ALUNNO/A _____

FREQUENTANTE LA SEZ./CLASSE _____

SCUOLA DELL'INFANZIA/PRIMARIA _____

CHIEDO

DI POTER LASCIARE FREQUENTARE A MIO/A FIGLIO/A LA TERAPIA,

PRESSO LA SEDE _____ , NEL PERIODO COME DA ALLEGATO

CALENDARIO, IMPEGNANDOMI A RITIRARE E/O RIPORTARE

PER IL SEGUENTE MOTIVO: _____

Fiorano Modenese,

Firma del Genitore _____

VISTO SI AUTORIZZA
La Dirigente Scolastica
Simona Simola