

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

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

GENITORE DELL'ALUNNO/A \_\_\_\_\_

FREQUENTANTE LA SEZ./CLASSE \_\_\_\_\_

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO \_\_\_\_\_

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