

RICHIESTA VARIAZIONE ORARIO ENTRATA/USCITA

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____, frequentante la classe/sezione _____
del plesso _____

CHIEDE

che l'alunno/a, ai fini dello svolgimento di trattamenti riabilitativi/terapie presso la struttura:

possa effettuare l'orario indicato di seguito:

Giorno della settimana	Ora entrata	Ora uscita	Mensa SÌ/NO
Lunedì			
Martedì			
Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			

per tutto l'anno scolastico

per il periodo dal _____ al _____

Allega comunicazione con calendario della struttura interessato.

Data

Firma
