

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Amante
Via degli Osci, 1
04022 FONDI (LT)

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Residente a _____ Via _____

Frequentante nell'A.S. 20__/20__ la classe ____ sez. ____ Sec. di I grado; Primaria; Infanzia

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a possa entrare/uscire nei giorni:

giorno	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
Ora					

MOTIVAZIONE: _____

Come da certificazione medica allegata.

La presente richiesta, se autorizzata avrà validità fino all'eventuale data di revoca, indicata dalla famiglia per la cessazione dei motivi su indicati.

Con osservanza

Fondi, _____

In Fede

VISTA la richiesta

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO _____