

Al Dirigente Scolastico
I.C. "F. Ferrucci"
Larciano

Oggetto: **Comunicazione orari terapia specializzata**

Io sottoscritt _____ genitore
dell'alunn _____ frequentante
la classe ____ sez. ____ della Scuola _____ del Vostro Istituto

COMUNICO

che mi_ figli_ sarà sottopost_ a terapia specializzata dal ____/____/____ al ____/____/____
nei giorni _____
presso _____

Pertanto in detti giorni entrerà / uscirà alle ore _____

- sotto la mia responsabilità
- autorizzo per detto servizio _____

Allego documentazione.

Larciano _____

In fede
