

Al Dirigente Scolastico
dell' IC Leonardo da Vinci

Oggetto: richiesta esonero frequenza

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____
_____ frequentante la classe _____
sezione _____ della

☐ scuola dell'infanzia ☐ scuola primaria ☐ scuola secondaria di I°

nel plesso:

☐ PICCOLOPRINCIPE ☐ RODARI
☐ DAVINCI ☐ VIRGILIO ☐ DIVITTORIO

CHIEDONO

Che il/la proprio/a figlio/a:

venga esonerato dalla frequenza delle lezioni nei seguenti giorni:

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

DALLE ORE _____

Con cadenza:

☐ settimanale ☐ bisettimanale ☐ mensile ☐ altro:

per il seguente motivo:

☐ Frequenza centro;
☐ Terapia psicologica/psicomotoria/logopedia presso _____

☐ altro (specificare) _____

Allegano certificato medico o altra documentazione.

La presente richiesta si intende valida:

☐ per l'intero anno scolastico

☐ per il periodo dal _____ al _____

SI RICHIEDE LA FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

In fede

Venezia, _____

Prot. n. _____ del _____

☐ Si autorizza

☐ Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Annarita RUNGETTI
