

I sottoscritti ..... e .....  
genitori dell'alunno/a ..... frequentante la sez. .... di Scuola  
dell'Infanzia / la classe ..... sez. .... di Scuola Primaria di codesta istituzione scolastica,

**COMUNICANO**

Che il/la proprio/a seguirà il piano di terapie di seguito riportato.<sup>1</sup>

- LUNEDI'** dalle ore ..... alle ore .....
- MARTEDI'** dalle ore ..... alle ore .....
- MERCOLEDI'** dalle ore ..... alle ore .....
- GIOVEDI'** dalle ore ..... alle ore .....
- VENERDI'** dalle ore ..... alle ore .....

Sulla base di quanto sopra dichiarato, i sottoscritti

**CHIEDONO**

che l'alunno/a sia autorizzato/a ad usufruire dei **permessi di ingresso posticipato e/o uscita anticipata** come di seguito riportato<sup>2</sup>:

- LUNEDI'**
  - Ingresso posticipato alle ore .....
  - Uscita anticipata alle ore .....
- MARTEDI'**
  - Ingresso posticipato alle ore .....
  - Uscita anticipata alle ore .....

**MERCOLEDI'**

Ingresso posticipato alle ore .....

Uscita anticipata alle ore .....

**GIOVEDI'**

Ingresso posticipato alle ore .....

Uscita anticipata alle ore .....

**VENERDI'**

Ingresso posticipato alle ore .....

Uscita anticipata alle ore .....

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente alla scuola ogni eventuale variazione.

I sottoscritti comunicano infine che nei giorni di terapia il minore sarà prelevato ed eventualmente riaccompagnato a scuola da loro stessi o da terze persone di cui sarà fornita delega presso gli uffici.

Data .....

FIRMA DEI GENITORI

.....  
.....

Alla presente si allega attestazione del centro presso cui si effettua la terapia.

<sup>1</sup> Barrare e compilare solo i giorni in cui si effettua la terapia.

<sup>2</sup> Barrare e compilare solo i giorni in cui è necessario il permesso indicandone l'orario.