

Al Dirigente Scolastico
Dell'istituto Comprensivo
"FOSCOLO"
Bagnara Calabria

Il/La Sottoscritt /a _____, genitore del ___ bambin /a _____

Nat_ il ___/___/___ e quentante per l'anno scolastico 20___/20___ la classe___ sez. ___

Della scuola **infanzia / primaria/ media** del plesso _____ dovendo ___ l ___ bambin _

Effettuare terapia di riabilitazione presso il centro Fisiokineserapia Bagnarese

COMUNICA

Che _l_ propri _figli_ deve assentarsi dalla scuola per tutto l'anno scolastico nei giorni:

Lunedì dalle ore ___ alle ore ___

Martedì dalle ore ___ alle ore ___

Mercoledì dalle ore ___ alle ore ___

Giovedì dalle ore ___ alle ore ___

Venerdì dalle ore ___ alle ore ___

Sabato dalle ore ___ alle ore ___

Si chiede , pertanto, che dette assenze siano considerate giustificate dalla certificazione medica allegata.

Si concede se prelevato da un genitore

O suo delegato.

Bagnara Calabria _____

(firma)