

ISTANZA di USCITA ANTICIPATA dalla SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo NITTI

Il/La sottoscritt _____ ■ padre ■ madre

■ altro (specificare) _____ dell'alunn _____

Iscritto nell'a.s. 201__/201__ alla classe _____ del Plesso _____

C H I E D E

Di poter ritirare il / la propri _____ figli _____ da Scuola ne _____ giorn _____

Relativamente ai seguente periodo: dal _____ al _____

Per consentire all'alunn _____ di essere sottopost _____ a:

- GINNASTICA CORRETTIVA
- TERAPIA FISICA
- TRATTAMENTO LOGOPEDICO
- ALTRI MOTIVI DI SALUTE _____

L'alunn _____ sarà ritirat _____ dalla Scuola da uno dei genitori o, comunque, da persona adulta opportunamente delegata, alle ore _____

Il / La richiedente solleva la Scuola da ogni responsabilità per atti o fatti che si dovessero verificare in dipendenza dall'uscita del _____ figli _____ dalla Scuola.

ALLEGATI:

- CERTIFICATO MEDICO

Roma _____

Firma
