

**AUTORIZZAZIONE ALLA RICHIESTA DI ENTRATA POSTICIPATA / USCITA ANTICIPATA ALUNNO/A
PER TERAPIA MEDICA CONTINUATIVA**

Ai genitori dell'alunno/a _____

Ai docenti del team/Consiglio di classe _____ Plesso _____

Dell'Istituto Elsa Morante di Roma

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta ed analizzata la documentazione, accertato che non è possibile svolgere la suddetta terapia in altro orario,

AUTORIZZA

la frequenza scolastica con riduzione oraria e che lo stesso alunno si avvarrà delle deroghe al regolare monte ore settimanali del curriculum.

GIORNI	ORARIO TERAPIA	ENTRATA POSTICIPATA ORE	USCITA ANTICIPATA ORE	IN CASO DI USCITA E RIENTRO NEL CORSO STESSA GIORNATA. USCITA ALLE ORE E RIENTRO ALLE ORE	
LUNEDÌ					
MARTEDÌ					
MERCOLEDÌ					
GIOVEDÌ					
VENERDÌ					

Si chiede espressamente ai genitori dell'alunno/a di essere consapevoli che, al di fuori dell'orario scolastico, la vigilanza ricade interamente sui genitori o di chi ne esercita la potestà genitoriale e di garantire che l'alunno/a venga prelevato esclusivamente dal genitore o da persona debitamente autorizzata.

I Genitori si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione che intervenga nell'organizzazione della terapia e quindi incida sull'orario di frequenza dell'orario scolastico.

Il Dirigente Scolastico

Per accettazione e presa visione

Il genitore _____

Il genitore _____

Il Coordinatore di classe _____