Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Bucine (Ar)

_l_ sottoscritt_ _____ padre/madre dell'alunn_

_____ frequentante la cl. _____ sez._____ della scuola

dell'Infanzia/primaria/secondaria di primo grado di _____

C H I E D E

l'autorizzazione

□ ENTRARE

_l_ proprio figli_ alle ore _____ nel giorno_____

alle ore _____ nel giorno_____

alle ore _____ nel giorno_____

dal _____ fino al _____

per i seguenti motivi:_____

□ USCIRE

_l_ proprio figli_ alle ore _____ nel giorno_____

alle ore _____ nel giorno_____

alle ore _____ nel giorno_____

dal _____ fino al _____

per i seguenti motivi:_____

Il/la sottoscritto/a comunica inoltre che il/la proprio/a figlio/a farà rientro a scuola alle ore _____.

Luogo e data _____ _____

Firma

VISTO si autorizza / non si autorizza
Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Paola Brogi)