

Al Dirigente Scolastico
dell' ISC Via Ugo Bassi
Civitanova marche
Dottor Maurizio Armandini

OGGETTO: richiesta per effettuare terapie riabilitative in ambiente scolastico

Il/la sottoscritto/a
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe..... sezione della scuola

RICHIEDE

l'autorizzazione affinché il proprio figlio/figlia possa effettuare terapie riabilitative in ambiente scolastico con lo specialista esterno
in servizio presso l'Ente riabilitativo.....
dal.....al.....

Le suddette sedute saranno così calendarizzate:

- Giorno:.....orario:.....
- Giorno:.....orario:.....
- Giorno:.....orario:.....
- Giorno:.....orario:.....

I genitori

.....
.....

Civitanova Marche,

Al Dirigente Scolastico
dell' ISC Via Ugo Bassi
Civitanova marche
Dottor Maurizio Armandini

主题：在学校里进行康复治疗申请书

签署人男/女姓名,
作为父母，孩子男/女姓名,
注册年级..... 班级 学校.....,

请求

被授权本人孩子男/女可以在学校里进行康复治疗

康复医生姓名.....
该医生工作单位.....
从.....到.....期间

以下是康复治疗时间表:

- 日期.....时间.....
- 日期:.....时间:.....
- 日期:.....时间:.....
- 日期:.....时间:.....

父母签字

.....
.....

Civitanova Marche, 日期.....