

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

SUCHNA: School me rehabilitation therapy karne ke liye

Maa baap ka name,
bache ka name
classe..... section..... Scuool ka pata,

PUSH RAHE HE

App izzazath lete he bache ko school me rehabilitation therapy kran eke kiye kisi bahar ke specialist
se.....

Uska pata aur name bataye.....

Jis date seal.....

Therapy ke din aur time :

- Din:.....time:.....
- Din:.....time:.....
- Din:.....time:.....
- Din:.....time:.....

Maa baap sing

.....
.....

Civitanova Marche,