

Oggetto: Comunicazione di entrata posticipata / uscita anticipata alunno per terapia

Il sottoscritto (C.F.) nato a
.....prov. il..... residente a CAP via
..... n.

nonché

La sottoscritta (C.F.) nata a
.....prov. il..... residente aCAP
via.....n. in qualità di genitori
di.....nato/a a.....il.....

frequentante la classe.....presso il plesso

DICHIARANO

- che il proprio figlio deve seguire il seguente percorso medico/specialistico
- Frequenza Centro.....
 - Terapia psicologica/logopedica/ psicomotoria presso
 - Altro (specificare)
- che rende necessario il seguente adattamento orario dal giorno.....al
giorno.....:

Giorni	Orario terapia	Entrata posticipata alle ore	Uscita anticipata alle ore	In caso di uscita e rientro nel corso della medesima giornata Uscita alle ore e rientro alle ore	
Lunedì					
Martedì					
Mercoledì					
Giovedì					
Venerdì					

In quanto **non è possibile svolgere la suddetta terapia in altro orario non coincidente con le attività didattiche curricolari;**

- di essere consapevoli che il proprio figlio non fruirà del regolare monte ore previsto dal curriculum obbligatorio e di essere informati che ai sensi dell'art. 5 D. Lgs 62/20217 " Ai fini della validità dell'anno scolastico, per la valutazione finale delle alunne e degli alunni è richiesta la frequenza di almeno tre quarti del monte ore annuale personalizzato, definito dall'ordinamento della scuola secondaria di primo grado";
- di impegnarsi al recupero di eventuali carenze formative derivanti dalla mancata frequenza delle lezioni a causa dell'uscita anticipata/entrata posticipata nei giorni e negli orari sopra riportati e al rispetto della frequenza minima prevista per legge per la validità dell'anno scolastico;
- di prelevare personalmente il proprio figlio presso i locali scolastici sottoscrivendo l'apposito modello di uscita anticipata;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione che intervenga nell'organizzazione della terapia rispetto a quanto sopra riportato.

Allegano certificato rilasciato dall'Ente o Associazione in cui il proprio figlio svolge la terapia e documentazione medica di supporto.

Data

Firma
N° carta identità.....

Firma.....
N° carta identità.....