Al Dirigente Scolastico

 Istituto Comprensivo Statale

 “*Rita Levi Montalcini”*

 PORTO SANT’ELPIDIO

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore dell’alunno/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante nell’a.sc. 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_

la classe ­­­\_\_\_\_\_\_sez. \_\_\_\_\_ del plesso di Scuola Secondaria di I grado “Galilei”, causa difficoltà fisiche,

**CHIEDE**

 **che il/la proprio/a figlio/a possa entrare alle ore** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(oppure) nel periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**che il/la proprio/a figlio/a possa uscire alle ore** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(oppure) nel periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**il permesso di portare e riprendere personalmente** (o da familiare delegato) a scuola lo zaino del/della proprio/a figlio/a infortunato/a e **di utilizzare l’ascensore accompagnato/a dal personale scolastico.**

**Esonera la scuola da qualunque responsabilità per eventuali incidenti che dovessero verificarsi nell’intervallo di tempo o nel percorso.**

 **l’esonero esclusivamente dalle lezioni pratiche di Scienze Motorie**

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **allega alla presente certificato medico**

Porto Sant’Elpidio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO: Si autorizza quanto sopra richiesto.

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Prof.ssa Lucia Vagnoni

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prof./Prof.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma per presa visione