Alla Segreteria Didattica

IC SUBIACO

**Oggetto: Comunicazione orari terapie**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………….

nato/a a…………………………….………………………….. il ………………………………… e residente in ………………………………………………………………………………..…………...

genitore dell’alunno/a ……..…………………………. frequentante la sezione/classe…...…. nel plesso di ………………………………. dell’IC Subiaco

COMUNICA

gli orari delle terapie settimanali e di conseguenza la frequenza scolastica settimanale secondo il secondo schema:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ora | lunedì | martedì | mercoledì | giovedì | venerdì |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ulteriori eventuali informazioni: …..………………………………………………………...………..

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data Firma