

Al Dirigente Scolastico

D.D.S. "Monti Iblei"

PALERMO

Il/la sottoscritto/a _____ genitore

dell'alunno/a _____ iscritto nella

sezione/classe _____ sez. _____ del plesso G.Fava/Gandhi/Malaguzzi,

Comunica

che il/la proprio/a figlio/a è affetto da _____

con prognosi di giorni _____ come da certificato allegato.

Pertanto dichiara che può essere ammesso a frequentare la scuola come da dichiarazione del dott. _____, che si allega alla presente.

In conseguenza si chiede per il/la proprio/a figlio/a, che :

- possa essere autorizzato ad un flessibilità oraria di 15 minuti sia per l'orario di entrata che di uscita
- il personale scolastico accompagni l'alunno in classe , facendosi carico di portare lo zaino
- possa essere accompagnato ai servizi igienici dal personale scolastico
- possa utilizzare l'ascensore per recarsi al primo piano
- (altra richiesta) _____

Palermo lì

Firma del genitore
