

LOGO D'ISTITUTO

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale di

Oggetto: Frequenza ridotta.

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno/a _____ iscritto alla classe _____ sez. _____
della Scuola Primaria/ Secondaria di Primo Grado “ _____ ” di codesto Istituto

CHIEDONO

una riduzione dell'orario di frequenza scolastica, per il seguente motivo _____
_____.

Il /la loro figlio/a sarà presente a scuola nel/i giorno/i:

- Lunedì dalle ore _____ alle ore _____
- Martedì dalle ore _____ alle ore _____
- Mercoledì dalle ore _____ alle ore _____
- Giovedì dalle ore _____ alle ore _____
- Venerdì dalle ore _____ alle ore _____
- Sabato dalle ore _____ alle ore _____

_____, ____ / ____ /20 ____

I Genitori

