

Somministrazione di terapie - Autorizzazione uscita anticipata

I sottoscritti genitori chiedono di autorizzare l'uscita anticipata del proprio figlio/a nei giorni e negli orari di seguito indicati a causa di somministrazione di farmaci o svolgimento di terapie. Copia della certificazione medica sarà consegnata presso l'Ufficio di segreteria

Uscita anticipata giorno.....ora.....mese/ si di

Data

Firma

(firma di entrambi i genitori altrimenti, firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido

.....