



UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo "VIA ARETUSA"

Via Aretusa, 5 - 00155 ROMA - Tel. 062292314 - Fax 062292314

Cod. Mec. RMIC8E100R - C.F.97714000581 - Municipio V - e-mail - rmic8e100r@istruzione.it

PEC: rmic8e100r@pec.istruzione.it Sito www.icaretusa.edu.it - Codice Univoco UF9EKZ

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Via Aretusa
Roma**

Il/La sottoscritto/a.....

Padre/Madre dell'alunno/a

Iscritto/a alla classe.....sez.....della sede di.....

Via....., in relazione all'intervento avvenuto in data.....

CHIEDE

Che il/la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni.

A tal fine si allega il certificato medico rilasciato dal medico curante, comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica.

Richiede, inoltre:

☐ L'esonero dalle lezioni di educazione fisica dal.....al.....come da certificato medico allegato;

☐ Il permesso all'uso dell'ascensore per gli spostamenti all'interno dell'Istituto;

☐ L'autorizzazione ad entrare alle ore.....fino al giorno.....;

☐ L'autorizzazione ad uscire alle ore.....fino al giorno.....;

☐ il permesso di entrare nell'Istituto per accompagnare e riprendere il proprio/a Figlio/a.

Firma

.....

Visto ☐ si concede

☐ non si concede

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Sara Miccione