

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
CIRCOLO DIDATTICO  
DI FIGLINE V.NO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ genitori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Scuola Infanzia – Primaria \_\_\_\_\_

**C H I E D O N O**

l'entrata del proprio figlio alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

il ritiro del proprio figlio alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

per i seguenti motivi \_\_\_\_\_.

Terapie mediche (allegare certificato medico)

altro

I sottoscritti si impegnano altresì a darne comunicazione alla ditta Avenance (refezione scolastica).

Figline Valdarno, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VISTO  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Lucia Maddii

\_\_\_\_\_