Al Dirigente Scolastico

Dell' ISTITUTO COMRENSIVO LIPUNTI

SASARI

OGGETTO: Richiesta autorizzazione ingresso terapista nei locali scolastici

Il sottoscritto_____

genitore del minore _____ _____ frequentante

la classe _____ sez. _____ del plesso di _____

CHIEDE

Alla S.V. che il Centro/Terapista_____ ___possa

effettuare l'osservazione presso il locali scolastici di codesto Istituto per il proprio figlio.

firma

Sassari_____ _____

Si allega richiesta del centro