

Al dirigente scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Statale di Monteodorisio

.....

Oggetto: Richiesta trattamento riabilitativo extramurale

Il/La sottoscritto/a.....,residente
a.....in via in qualità di padre/madre
dell'alunno.....nato ail.....
e frequentante la sezione/classe.....Infanzia/Primaria/Secondaria di Primo Grado.....
....., plesso.....

CHIEDE

di poter iniziare il trattamento riabilitativo extramurale presso la scuola in orario curricolare secondo il progetto
riabilitativo del proprio figlio/a frequentante l'Ambulatorio/Centro Terapico dedicato per lo spettro autistico
.....di.....

Si allega "Progetto di osservazione del terapeuta" su carta intestata.

Luogo e data

.....

In fede

.....

.....