

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico "Antonio Pacinotti"
Cagliari

COMUNICAZIONE LIMITAZIONI NELLA DEAMBULAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

padre/madre/facente funzione genitoriale dell'alunno/a
(cancellare le voci che non interessano)

_____ frequentante la
classe ____ Sez. ____ nell'Anno Scolastico 20____ / ____

COMUNICA

Che necessita dell'utilizzo delle stampelle/sedia a rotelle a far corso
(cancellare le voci che non interessano)

dal ____ / ____ / 20____. e presumibilmente fino al ____ / ____ / 20____.

(cancellare la voce che non interessa)

RICHIEDE

Quindi che la propria classe possa essere spostata al piano terra fino a risoluzione del problema.

Cagliari, ____ / ____ / 20____

Firma
