ALLEGATO A)

ISTITUTO _____

NOME E COGNOME ALUNNO/A _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

ORARI PRIMI GIORNI DI SCUOLA	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
DAL _____ AL _____						

ORARI DEFINITIVI	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
DAL _____ AL _____						

ORARI ULTIMI GIORNI DI SCUOLA	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
DAL _____ AL _____						

ORARI TERAPIA (solo se confermati)	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
DAL _____ AL _____						

CHIUSURE FACOLTATIVE
DAL _____ AL _____

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO