

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPENSIVO
DI LESINA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____,

PADRE/MADRE DELL'ALUNNO/A _____,

FREQUENTANTE NEL CORRENTE ANNO SCOLASTICO LA CLASSE/SEZIONE _____

DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA/PRIMARIA/SECONDARIA DI 1° GRADO DI _____

CHIEDE

ALLA S.V. LA RIAMMISSIONE A SCUOLA DEL _____ PROPRIO/A FIGLIO/A _____

ASSENTE DAL _____ AL _____

PER MOTIVI DI _____

ALLEGA: _____

LESINA, _____

Firma
