



RICHIESTA ORARI PERSONALIZZATI

Noi sottoscritti

e

Genitori di

**CHIEDIAMO CHE
nostro figlio/a possa**

entrare alle ore	uscire alle ore	nel giorno

per seguire la seguente terapia:

- logopedia
 psicomotricità
 altro _____

Firma di entrambi i genitori

Gandosso, _____