

COMUNICAZIONE DEI GENITORI DI ESIGENZE TRASPORTO SCOLASTICO

(Ai fini dell'eventuale supporto della scuola)

a.s.

(STAMPARE E COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

I Sottoscritti genitori

Genitore 1 _____ Genitore 2 _____

Residenti in _____ Via _____ N. _____

tel. _____ E-mail (stampatello) _____

COMUNICA DI AVERE LE SEGUENTI ESIGENZE DI TRASPORTO SCOLASTICO

Per l'anno scolastico..... **PER I SEGUENTI FIGLI:**

Cognome e nome (dell'alunno) _____

Nato a il _____ residente in Via N.....

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ SEZ. _____ DELLA SCUOLA: INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA

Andata e Ritorno SOLO Andata SOLO Ritorno

orario ingresso

dal lunedì al sabato 8:15 (Secondaria)

dal lunedì al venerdì 8:15 (Secondaria)

dal lunedì al venerdì 8.20 (Primaria)

orario uscita

dal lunedì al sabato 13:15 (Secondaria)

dal lunedì al venerdì 14:15 (Secondaria)

dal lunedì al venerdì 16.20 (Primaria)

E di:

Cognome e nome (dell'alunno) _____

Nato a il _____ residente in Via N.....

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ SEZ. _____ DELLA SCUOLA: INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA

Andata e Ritorno Andata solo Ritorno solo

orario ingresso

dal lunedì al sabato 8:15 (Secondaria)

dal lunedì al venerdì 8:15 (Secondaria)

dal lunedì al venerdì 8.20 (Primaria)

orario uscita

dal lunedì al sabato 13:15 (Secondaria)

dal lunedì al venerdì 14:15 (Secondaria)

dal lunedì al venerdì 16.20 (Primaria)

specificando che le fermate utilizzate saranno:

per l'andata: Via..... Comune di

per il ritorno: Via..... Comune di

Data

Firma dei genitori