

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Superiore Statale
Via di Saponara 150
Roma

Roma, _____

I/l sottoscritti/o _____
(padre) (madre)

genitori dell'alunno/a _____

iscritto/a per l'anno scolastico _____ alla classe _____

della Scuola _____ sita in via _____

telefono _____ fax _____

chiedono di poter iscrivere il proprio figlio/la propria figlia _____

nato/a a _____ il _____

alla classe _____ indirizzo _____ per l'anno scolastico 2015/16.

previo rilascio del NULLA OSTA che chiederemo alla scuola dove risulta attualmente iscritto.

Si dichiara che l'alunno/l'alunna :

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> ha DSA | <input type="radio"/> non ha DSA |
| <input type="radio"/> ha H (codice _____) | <input type="radio"/> non ha H |
| <input type="radio"/> è stato promosso tutti gli anni _____ | <input type="radio"/> è stato respinto (precisare quante volte) _____ |
| <input type="radio"/> altro _____ | |

Firma padre

Firma madre
