

Al Dirigente Scolastico

Con la presente si attesta che il/la minore _____
ha effettuato in data ____ / ____ / ____ , dalle ore _____ alle ore
_____ la seguente terapia / visita _____.

Il/la terapeuta
(timbro e firma)

Al Dirigente Scolastico

Con la presente si attesta che il/la minore _____
ha effettuato in data ____ / ____ / ____ , dalle ore _____ alle ore
_____ la seguente terapia / visita _____.

Il/la terapeuta
(timbro e firma)
