

# RILEVAZIONE FREQUENZA CENTRI DI RIABILITAZIONE

## CLASSE/SEZIONE

<b>ALUNNO (Nome Cognome Data di nascita Numero di telefono)</b>	<b>CENTRO RIABILITATIVO (Nome Comune Numero di telefono)</b>	<b>GIORNI ED ORARI DI TERAPIA</b>	<b>GIORNI ED ORARI DI EVENTUALI USCITE ANTICIPATE</b>	<b>GIORNI ED ORARI DI EVENTUALI INGRESSI POSTICIPATI</b>

**FIRMA DOCENTI**