

RILEVAZIONE FREQUENZA CENTRI DI RIABILITAZIONE

CLASSE/SEZIONE

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

FIRMA DOCENTI