

VARIAZIONE SERVIZIO BUS
ANNO SCOLASTICO 2024/25



Io sottoscritto _____ (Nome e cognome del genitore)

dichiaro che mio/a figlio/a _____ (Nome e cognome del bambino)

Classe _____ Insegnante _____

NON UTILizzerà IL SERVIZIO BUS il giorno _____ / _____ / _____ (Data)

ogni Lunedì ogni Martedì ogni Mercoledì ogni Giovedì ogni Venerdì

In questa occasione sarà ritirato da _____ (Nome e cognome del delegato)

Data _____ Firma del genitore _____

***Una copia del documento d'identità/passaporto della persona autorizzata deve essere allegata, a meno che non sia già stata presentata.**
