Alla Dirigente

dell’ I. C. “G. B. Nicolosi” di Paternò

I sottoscritti

🞏 padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori (o tutori) dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_ plesso 🞏 centrale in via Scala vecchia 🞏 via Libertà

## AUTORIZZANO

\_l\_ proprio/a figlio/a sottoporsi alla visita 🞏 auxologica (visiva e odontoiatrica) presso l’Istituzione scolastica.

Paternò, \_\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_