

AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO ALLO SPAZIO D'ASCOLTO STUDENTI – CLASSI QUARTE

A.S. 2018/2019

I sottoscritti: (nome cognome)

_____ e _____

esercenti la patria potestà sullo/a studente/studentessa:

(Nome Cognome) _____ classe _____ sez.

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo "Spazio d'Ascolto".

Si allegano in copia i propri documenti di identità.

Data

FIRMA _____

FIRMA _____