

**AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE
ALLO SPORTELLO SPAZIO - ASCOLTO Anno Scolastico _____ / _____**

Noi sottoscritti,

(padre) _____ (madre) _____

Genitori dell'Alunno _____, frequentante la

Classe _____, Sez. _____ della Scuola secondaria di primo grado di

AUTORIZZIAMO nostra/o figlia/o

(indicare nome e cognome)

a partecipare alle attività dello Sportello di Spazio - Ascolto.

Data,.....

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

