Alla dirigente scolastica

dell’Istituto Comprensivo “Giuseppe Pitrè”

Preso atto delle informative ricevute sul programma di prevenzione sui disturbi visivi, promosso dall’Associazione Lions Club di Alcamo,

il sottoscritto ……………………………………………. e la sottoscritta ……………………..………… genitori dell’alunno/a …………………………………………. della classe ………………. del plesso ………………. concediamo la nostra autorizzazione a sottoporre il/la proprio/a figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al suddetto screening visivo.

[ SI ] [ NO ] barrare la voce scelta

Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Tutore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data ………………………………………….