

AUTORIZZAZIONE AD ACCESSO A SPORTELLO DI ASCOLTO SVOLTO DAI DOCENTI

“OGNUNO AL SUO POSTO”

I sottoscritti (cognome e nome del padre)

(cognome e nome della madre)

genitori dell'alunno/a.....classe.....plesso.....

autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad accedere allo sportello di ascolto individuale svolto dai docenti “Ognuno al suo posto”

Firma padre

Firma madre

Data _____