

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo "A.Gramsci"
Decimoputzu – Villaspeciosa

Oggetto: Autorizzazione screening ortopedico posturale

I sottoscritti, padre _____ madre _____

Genitori dell'alunno _____ frequentante la classe _____ sezione _____ scuola _____

Plesso di _____

AUTORIZZANO

___l___ propri___ figl___ ad effettuare lo screening ortopedico posturale.

Firma dei genitori

Padre _____

Madre _____