

Alla Dirigente
del C. D. "S. G. Bosco" di Biancavilla

I sottoscritti

padre _____

madre _____

genitori (o tutori) dell'alunno/a _____ della
classe _____ sez. _____ plesso "Bosco" "Marconi"

AUTORIZZANO

I proprio/a figlio/a sottoporsi alla visita auxologica, visiva e odontoiatrica
presso l'Istituzione scolastica.

Biancavilla, ___/___/_____

Firma
