

Da restituire firmato all'insegnante di classe

Il/i sottoscritto/i _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ della Scuola _____

dell'Istituto Comprensivo di Camigliano”, informati dell'avviamento delle attività indicate nel progetto “STAR BENE IN CLASSE”

si, autorizza

no, non autorizza

la partecipazione del proprio figlio/a ad eventuali incontri individuali e/o di gruppo con la Psicologa Dott.ssa Lucia Pollastrini (iscritta all'Albo degli Psicologi della Toscana n°8387) incaricata dall'Istituto Comprensivo Camigliano dello svolgimento delle attività suddette.

FIRME

Data _____