

Al Dirigente Scolastico
I.S.I.S.S. "P. A. DE LUCA"
Via Tuoro Cappuccini 65/67
83100 Avellino

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE GENITORE VISITA MEDICA PER IDONEITA' LABORATORI

A.S. / /

ALUNNO: _____ CLASSE : _____

 L sottoscritto/a _____

padre/madre dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ iscritto alla classe ____ sez. _____

AUTORIZZA

Codesto Istituto e il personale medico autorizzato a valutare la frequenza al laboratorio del proprio/a figlio/a

Avellino li _____

IN FEDE
