

CLASSI 1 SCUOLA PRIMARIA

Al Dirigente Scolastico

I.C. "G. Verga"

Catania

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_

padre \_\_\_\_\_

madre \_\_\_\_\_

genitore (o tutore) dell'alunno \_\_\_\_\_ della  
classe \_\_\_\_\_

AUTORIZZANO

\_I\_ proprio/a figlio/a sottoporsi alla visita  auxologica -  odontoiatrica.

Catania,

Firma

\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
I.C. "G. Verga"  
Catania

Il sottoscritto/a.....genitore dell'alunno/a.....  
frequentante la classe..... di codesto Istituto

AUTORIZZA                       NON AUTORIZZA

Il/la propri figli..... a sottoporsi alla visita auxologica che sarà effettuata in orario scolastico  
giorno .....

Catania, \_\_\_\_\_ Firma

Al Dirigente Scolastico

I.C. "G. Verga"

Catania

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_

padre \_\_\_\_\_

madre \_\_\_\_\_

genitore (o tutore) dell'alunno \_\_\_\_\_ della scuola  
secondaria di primo grado classe \_\_\_\_\_

AUTORIZZANO

\_I\_ proprio/a figlio/a sottoporsi alla visita  auxologica -  ortopedica.

Catania,

Firma

\_\_\_\_\_