

I sottoscritti.....

Genitori dell'alunno/a .....frequentante la classe.....

AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a , qualora ne senta la necessità, ad usufruire del servizio di Sportello di ascolto Psicologico

NON AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di questo servizio

Firma.....

.....  
Complare il modulo e restituirlo al coordinatore di classe firmato da entrambi i genitori