

SPORTELLLO D'ASCOLTO AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI/TUTORI

Io/ Noi
sottoscritto/i _____

Genitore/i – tutore
dell'alunno/a _____

–

Frequentante la classe _____ del plesso

SI Autorizzo mio/a figlio/a punto1

NON Autorizzo mio/a figlio/a punto1

—

A poter usufruire del servizio sportello d'ascolto.

_____ li, _____

Firma del/del genitore/i – tutore _____

Compilare e consegnare in formato cartaceo al docente coordinatore di classe

(inviare anche via mail alla scuola : rmic8c3007@istruzione.it e per conoscenza
a psicologoscolastico@icdifrascati.edu.it)