**AUTORIZZAZIONE da restituire al proprio COORDINATORE**

**(entro e non oltre GIOVEDI’ 31 OTTOBRE 2024)**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

frequentante la classe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso “A. Frank”,

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a a partecipare al **“Progetto Benessere”** e agli interventi degli psicologi in classe sui temi dell’affettività e della sessualità, come da calendario.

Meda, \_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_