

AUTORIZZAZIONE da restituire al Docente COORDINATORE di Classe
(entro e non oltre MARTEDÌ 4 NOVEMBRE 2025)

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, come da calendario.

Meda, _____ / _____ / _____

Firma dei genitori

