

CON GLI OCCHI DI UN ALTRO

MODULO AUTORIZZAZIONE

Io sottoscritto/a, genitore/tutore di
Nome..... Cognome.....
Nato/a il a
Residente a Via n.
Frequentante la scuola:
Classe:
Telefono - e-mail

AUTORIZZO

anche per conto dell'altro genitore/tutore,
mio/a figlio/a a partecipare al **LABORATORIO CON GLI OCCHI DI UN ALTRO**
che si terrà presso PALAZZO BARONIO (Piazza Roma - Dello)
nelle seguenti date:

FEBBRAIO: LUNEDÌ 19 e LUNEDÌ 26 alle ore 20.30

MARZO: LUNEDÌ 4 e LUNEDÌ 18 alle ore 20.30

Luogo e data

....., / /

Firma del genitore/tutore
