

Autorizzazione visita a _____

I sottoscritti _____
nome e cognome padre *nome e cognome madre*

genitori dell'alunno/a _____ della classe _____ sez _____

Autorizzano

Non autorizzano

Il /a proprio/a figlio/a _____ a partecipare alla visita guidata a _____ in data _____

secondo il programma di massima allegato alla presente dalla scuola.

Segnalazioni intolleranze alimentari e allergie:

I sottoscritti dichiarano che il/la proprio figlio/a non presenta sintomatologia respiratoria con temperatura corporea superiore a 37,5 ed è provvisto di mascherina chirurgica o FFP2).

firma del genitore

Catanzaro _____

firma del genitore