# MODELLO 1

Alla cortese attenzione della Dirigente Scolastica dell’IC di GAVARDO

# OGGETTO: Richiesta e autorizzazione dei genitori per l’accesso del terapista a scuola in orario scolastico

I sottoscritti e genitori dell’alunna/o frequentante la scuola di classe

# AUTORIZZANO

l’accesso del terapista

dell’ente

per un intervento di osservazione del proprio figlio/a a scuola.

Data

Firma

Padre

Madre