



ISTITUTO COMPRENSIVO ORBASSANO 2
ORBASSANO (TO) Via Cervetti, 7 - 10043 - 0119002774
e-mail toic8aj00t@istruzione.it PEC: toic8aj00t@pec.istruzione.it – sito: www.icorbassano2.edu.it

**MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEI GENITORI PER ATTIVITÀ DI OSSERVAZIONI IN
CLASSE/SEZIONE SUL PROPRIO FIGLIO FINALIZZATE ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLE STRATEGIE
DIDATTICHE/TERAPEUTICHE**

I sottoscritti:

Padre/Tutore: _____

Madre/Tutrice: _____

Genitori dell'Alunno/a _____

Classe/Sezione _____ *della Scuola/Plesso* _____

CHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRESENZA IN CLASSE DEL MEDICO/TERAPEUTA
....., CHE HA IN CARICO IL PROPRIO FIGLIO, PER
EFFETTUARE DELLE OSSERVAZIONI DURANTE L'ANNO SCOLASTICO _____.

Orbassano, _____

Firme:

Padre/Tutore _____

Madre/Tutrice _____

Autorizzazione del Dirigente Scolastico
