



SCUOLA MATERNA
Parrocchia di S. Paolo Ap.

AUTORIZZAZIONE CONFRONTO CON GLI SPECIALISTI

Noi sottoscritti (papà)_____

e (mamma)_____

genitori di _____ della sezione _____

AUTORIZZIAMO

la scuola materna "San Paolo" a

- prendere contatti con la struttura _____
- confrontarsi con la Dott.ssa/il Dottor _____ in merito alla situazione del minore.
- rilasciare nella persona della Dott.ssa/del Dottor _____ tutte le informazioni riguardanti nostro figlio.
- permettere alla Dott.ssa/al Dottor _____ di osservare nostro figlio presso la scuola.

Dichiariamo inoltre che nostro figlio/a dovrà uscire/entrare fuori dall'orario scolastico nei giorni di _____ per le terapie concordate con gli specialisti.

Firme _____

Legnano _____