

LICEO SCIENTIFICO "A. GRAMSCI"

\_I\_ sottoscritto/a .....responsabile del minore.....classe.....

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO l'alunno a partecipare all'incontro "ADOLESCENTI e SESSUALITA'" a cura del personale sanitario dell'ASL TO4 di Ivrea.

DATA

FIRMA

.....

.....

LICEO SCIENTIFICO "A. GRAMSCI"

\_I\_ sottoscritto/a .....responsabile del minore.....classe.....

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO l'alunno a partecipare all'incontro "ADOLESCENTI e SESSUALITA'" a cura del personale sanitario dell'ASL TO4 di Ivrea.

DATA

FIRMA

.....

.....

LICEO SCIENTIFICO "A. GRAMSCI"

\_I\_ sottoscritto/a .....responsabile del minore.....classe.....

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO l'alunno a partecipare all'incontro "ADOLESCENTI e SESSUALITA'" a cura del personale sanitario dell'ASL TO4 di Ivrea.

DATA

FIRMA

.....

.....

LICEO SCIENTIFICO "A. GRAMSCI"

\_I\_ sottoscritto/a .....responsabile del minore.....classe.....

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO l'alunno a partecipare all'incontro "ADOLESCENTI e SESSUALITA'" a cura del personale sanitario dell'ASL TO4 di Ivrea.

DATA

FIRMA

.....

.....

LICEO SCIENTIFICO "A. GRAMSCI"

\_I\_ sottoscritto/a .....responsabile del minore.....classe.....

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO l'alunno a partecipare all'incontro "ADOLESCENTI e SESSUALITA'" a cura del personale sanitario dell'ASL TO4 di Ivrea.

DATA

FIRMA

.....

.....

