

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISISS -- IPSIA MAGAROTTO DI ROMA

ALLA DOTTORESSA SILVIA PANDINI
ROMA

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE

1. Il/la sottoscritto/a _____ genitore Dell' alunno _____

2. Il/la sottoscritto/a _____ genitore Dell' alunno _____

frequenta in ISISS di Magarotto Roma - classe _____

CHIEDE

che il figlio partecipi al Laboratorio logopedia. Ripresa attività

FIRMA GENITORI

1. _____

2. _____

LUOGO E DATA
