

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di VICOVARO**

Oggetto: AUTORIZZAZIONE Alunno/a _____

I sottoscritti (padre) _____

(madre) _____

genitori dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ del plesso di _____

AUTORIZZANO

gli insegnanti della scuola a consegnare il/la proprio/a all'uscita delle scuola , al termine delle lezioni giornaliere, alle seguenti persone adulte (che accettano controfirmando) , sollevando l'Amministrazione scolastica e l'Insegnante da qualsiasi responsabilità.

(cognome e nome , luogo , data nascita)

firma per accettazione

luogo e data _____

firma del padre _____

firma della madre _____