*Sportello logopedico e didattico Dott.ssa Valeria Triscari*

(d.Lgs. n 196 del 30 Giugno 2003)

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante

la \_\_\_\_ sezione del plesso XXV Aprile - Istituto Scolastico N.3 di Patti, a.s. 2024-25,

Autorizzano

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al laboratorio metafonologico con la Dott.ssa Valeria Triscari.

Data Firma