

AUTORIZZAZIONE A.S. 2023-2024
(da riconsegnare al docente coordinatore della classe)

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe 2 _____

- ☐ AUTORIZZANO
☐ NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a partecipare al progetto di Educazione all'affettività e alla sessualità che gli operatori del Consultorio Familiare della ASL di Selargius terranno in ognuna delle classi seconde del Liceo Scientifico "Pitagora" di Selargius in orario scolastico, nel secondo quadrimestre.

Luogo e data

Firma del genitore
