

Allegato A



Ortopedia BL di Pasquale Faraldo

Ai Genitori dell'Alunno/a

**ISTITUTO COMPRENSIVO
FRANCO IMPOSIMATO**

CLASSE _____ sezione _____

AUTORIZZAZIONE “VISITA MEDICA SCREENING”

Il/la sottoscritto/a _____, Genitore dell'alunno/a _____ autorizza a sottoporre il proprio figlio/a ad iniziativa di screening “La schiena va a Scuola” per l'individuazione di eventuali patologie a carico della colonna vertebrale, con modalità e tempi previsti dal progetto.

IL GENITORE

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Annalisa Lombardi**