

AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti.....genitori
dell'alunno/a.....classe..... sez Scuola Primaria I. C.
"F, Imposimato"

Autorizzano il/la proprio/a figlio/a.....a partecipare allo
screening odontoiatrico gratuito organizzato dal Rotary Club "Maddaloni- Valle di Suessola"
e svolto da medici specialisti presso la propria scuola il **3 dicembre 2024**, in orario scolastico.

Maddaloni,.....

Firma dei Genitori
