Allegato alla C. I. N.

Liceo Classico "Megara" Sezione Scientifica annessa Augusta

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI PER LA PARTECIPAZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL CENTRO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

(SOLO PER GLI ALUNNI MINORENNI)

I sottoscritti genitori
padre …….
madre …….
dell'alunno/a……. frequentante la classe …. sez. …. del Liceo …… dichiarano di essere a conoscenza dell'avvio del Centro di Ascolto Psicologico rivolto agli alunni come da C. I. n. ……. pubblicata sul sito della scuola ***www.liceomegara.gov.it*** e **AUTORIZZANO** il/la proprio/a figlio/a a usufruire del Centro qualora ne senta la necessità.

Augusta, _____

Firma del padre ……

Firma della madre ……

COMPILARE E CONSEGNARE AL DOCENTE COORDINATORE DI CLASSE ENTRO IL 9 FEBBRAIO 2015

… … …

Allegato alla C. I. N.

Liceo Classico "Megara" Sezione Scientifica annessa Augusta

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI PER LA PARTECIPAZIONE DEL PROPRIO FIGLIO AL CENTRO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

(SOLO PER GLI ALUNNI MINORENNI)

I sottoscritti genitori
padre …….
madre …….
dell'alunno/a……. frequentante la classe …. sez. …. del Liceo …… dichiarano di essere a conoscenza dell'avvio del Centro di Ascolto Psicologico rivolto agli alunni come da C. I. n. ……. pubblicata sul sito della scuola ***www.liceomegara.gov.it*** e **AUTORIZZANO** il/la proprio/a figlio/a a usufruire del Centro qualora ne senta la necessità.

Augusta, _____

Firma del padre ……

Firma della madre ……

COMPILARE E CONSEGNARE AL DOCENTE COORDINATORE DI CLASSE ENTRO IL 9 FEBBRAIO 2015