

AUTORIZZAZIONE TERAPISTA/ESPERTO ESTERNO INDIVIDUATO DALLA FAMIGLIA AD OSSERVARE IL MINORE DURANTE LA PERMANENZA A SCUOLA.

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____ frequentante

per l'a.s. 20__/ 20__ la Scuola dell'Infanzia/ Primaria del plesso di _____

oppure la Scuola Secondaria di I° Grado "Massimiliano Guerri" di Reggello classe ____ sez. ____

- **AUTORIZZANO** il/la Dott./Dott.ssa _____

(in qualità di Esperto esterno individuato dalla famiglia) ad osservare il proprio/a figlio/a durante la permanenza a scuola.

Luogo e Data, _____

Firme

Padre _____

Madre _____

Riconsegnare al docente coordinatore di classe