



## AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI ALLA PARTECIPAZIONE DELLE ATTIVITA' LABORATORIALI

Il sottoscritto .....  
genitore di .....  
iscritto/a alla classe III sez. .... dell'Istituto .....  
di .....

### A U T O R I Z Z A

il/la proprio figlio/a a partecipare alle Attività Laboratoriali dalle 14.15 alle 16.15 del:  
(*barrare il giorno scelto*)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 18 Novembre 2024 | <input type="checkbox"/> 19 Novembre 2024 | <input type="checkbox"/> 22 Novembre 2024 |
| <input type="checkbox"/> 25 Novembre 2024 | <input type="checkbox"/> 26 Novembre 2024 | <input type="checkbox"/> 29 Novembre 2024 |
| <input type="checkbox"/> 02 Dicembre 2024 | <input type="checkbox"/> 03 Dicembre 2024 | <input type="checkbox"/> 06 Dicembre 2024 |

e di assumersi la responsabilità in relazione ad eventuali comportamenti che rechino danno a persone o cose, messi in atto dal/la proprio/a figlio/a durante le suddette attività, liberando l'ITTS "V.Volterra".

Al termine dell'attività **provvederà a prelevare il/la proprio/a figlio/a all'esterno dell'istituto.**

San Donà di Piave, .....

FIRMA .....