Modulo 2

I GENITORI DEGLI ALUNNI FREQUENTANTE LA CLASSE _____ SEZ._____ PLESSO_____

ACCONSENTONO L'INGRESSO DEL TERAPISTA _____

PER L'ESPLETAMENTO DEI TRATTAMENTI PREVISTI IN ORARIO CURRICOLARE

| ALUNNO (cognome e nome) | FIRMA MADRE | FIRMA PADRE |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

| I DOCENTI DI CLASSE | I DOCENTI DI CLASSE |
|---|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |