

I SOTTOSCRITTI
cognome nome

.....
cognome nome

genitori dell'alunno/a
cognome nome

frequentante la
classe scuola

DELEGANO

le seguenti persone maggiorenni ad accompagnare e/o riprendere da scuola il/la proprio/a figlio/a:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	NUMERO DI TELEFONO	GRADO DI PARENTELA

Alpignano, _____

FIRME *

- il modello deve essere firmato da entrambi i genitori

VISTO
Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Silvana Andretta