

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. "SAURO-GIOVANNI XXIII"
VIA T. TASSO, 2 – 95123 CATANIA

Oggetto: Autorizzazione Screening Ortopedico.

I sottoscritti, padre _____ madre _____
genitori dell'alunn _____ frequentante la classe _____
sez. _____ della Scuola Secondaria di I Grado dell'I.C. Sauro-Giovanni XXIII con la presente

AUTORIZZANO

__l__ propri__ figli__ ad essere sottopost__ ad una valutazione a distanza per la prevenzione della scoliosi e
delle alterazioni posturali a cura del servizio di medicina scolastica dell'ASP 3 di Catania..

Catania, _____ .

Firma dei Genitori

Padre _____

Madre _____