

## AUTORIZZAZIONE CONFRONTO CON GLI SPECIALISTI

Noi sottoscritti (papà) \_\_\_\_\_

e (mamma) \_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_ della sezione \_\_\_\_\_

### AUTORIZZIAMO

la scuola dell'infanzia San Domenico a

prendere contatti con la struttura \_\_\_\_\_ al  
recapito \_\_\_\_\_ o indirizzo mail \_\_\_\_\_

confrontarsi con la Dott.ssa/il Dottor \_\_\_\_\_ in merito  
alla situazione del minore al recapito \_\_\_\_\_ o indirizzo mail  
\_\_\_\_\_

rilasciare nella persona della Dott.ssa/del Dottor \_\_\_\_\_  
tutte le informazioni riguardanti nostro figlio.

permettere alla Dott.ssa/al Dottor \_\_\_\_\_  
di osservare nostro figlio presso la scuola.

Firme

\_\_\_\_\_ (MADRE)

\_\_\_\_\_ (PADRE)