

AUTORIZZAZIONE
PER IL SERVIZIO DELLO SPORTELLO
"CONSIGLI NUTRIZIONALI"
VALIDA PER L'A.S. IN CORSO
da compilarsi a cura di chi esercita la responsabilità genitoriale

ALLIEVO/A : _____	CLASSE : _____
-------------------	----------------

Il/la sottoscritto/a _____,
genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore su indicato
(luogo e data di nascita del minore _____),
in accordo con l'altro genitore,

AUTORIZZA

con la presente, il proprio figlio ad usufruire del servizio dello **sportello "Consigli nutrizionali"** della scuola, gestito dalla biologa nutrizionista nominata, nei giorni previsti e in orario scolastico.

Il servizio è completamente gratuito.

Chivasso, _____

Il genitore _____