

AUTORIZZAZIONE Laboratorio di Percussioni

Il sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____, frequentante la classe ____
sez. ____ della scuola secondaria di 1° del IV I.C. Galileo Galilei

AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a a frequentare il Laboratorio di percussioni, presso i locali del Plesso Galilei
in orario extra scolastico per l'a.s. 2019/2020.

FIRMA

Data _____
