Si informano i genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_\_\_\_che il prof./la prof.ssa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ terrà un corso di DIDATTICA COMPENSATIVA

per la seguente materia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della durata di ore \_\_\_\_ in orario extrascolastico secondo il

seguente calendario:

Calolziocorte,

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore dell’allievo/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizza il/la proprio/a figlio/a a svolgere ’attività di DIDATTICA COMPENSATIVA

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_