

Alla c.a. Dott.ssa Laura Maria Mandelli
Cooperativa Sociale S&I

OGGETTO: Liberatoria

IL/I SOTTOSCRITTI

_____ (Cognome e Nome del PADRE)

_____ (Cognome e Nome della MADRE)

GENITORE/I DI _____ (Cognome e Nome del FIGLIO/A)

Classe _____ Sezione _____

Della scuola SECONDARIA DI PRIMO GRADO

_____ (nome scuola)

AUTORIZZA

La psicologa scolastica, quale operatrice dello Sportello Psicologico, ad incontrare il proprio FIGLIO/A.

Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d'ascolto, informazione, orientamento e sostegno al minore.

FIRMA DEL/I GENITORI

DATA _____