 **Allegato A**

 **Ai Genitori dell’Alunno/a**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **ISTITUTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **CLASSE \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_**

**AUTORIZZAZIONE**

**“VISITA MEDICA SCREENING”**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Genitore

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza a sottoporre il proprio figlio/a ad iniziativa di screening “La schiena va a Scuola” per l’individuazione di eventuali patologie a carico della colonna vertebrale, con modalità e tempi previsti dal progetto.

**IL GENITORE**  **IL DIRETTORE SCOLASTICO**