



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

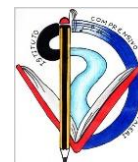
"DIEGO VALERI"

Via ROMA, 47 30010 Campolongo Maggiore (VE)

Tel: 0495848146 - Fax: 0499744126

Cod. Mecc.: VEIC80800A - C.F.: 82011520275 - CUF: UF5AM0

e-mail: veic80800a@istruzione.it - P.E.C.: veic80800a@pec.istruzione.it



AUTORIZZAZIONE VISITA MEDICA

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il
_____ frequentante la classe _____ sez. ____ plesso _____

DICHIARANO

di autorizzare la scuola, in via eccezionale, a far eseguire al proprio/a figlio/a eventuali accertamenti medici, in caso di emergenza, durante la visita di istruzione a Roma dal ___/___/2023 al ___/___/2023.

Sarà cura della scuola mettere in atto tutte le strategie necessarie per avvisare prontamente i genitori, in tali circostanze, prima dell'intervento medico.

Firma dei genitori

