

**ISTITUTO COMPRENSIVO**

**“DE AMICIS – DON MILANI”**

**- RANDAZZO –**

AUTORIZZAZIONE SCREENING POSTURALE

I sottoscritti………………………………… e ……………………………….……….genitori dell’alunno/a………………………………………………….…frequentante la classe ………… dell’IC “De Amicis – Don Milani” di Randazzo, autorizzo lo screening posturale da effettuarsi nell’Istituto.

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_