COMPILARE e RESTITUIRE ALL'INSEGNANTE COORDINATORE DI CLASSE

Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico

I sottoscritti…….…….....……

Genitori (Altro specificare ……..……..….)

dell'alunno/a…….....nato/a……....……..

il ___/____/_____ frequentante la classe e sezione……..… ……presa visione degli obiettivi e delle metodologie d'intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico attivato nell'anno scolastico ……./…… presso l'Istituto "G.Carducci" di Volterra,

Autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la psicologa.

Data _____

firma del padre_____

firma della madre _____