

IO SOTTOSCRITTO/A.....
GENITORE DELL' ALLIEVO/A.....
FREQUENTANTE LA CLASSEDELL'ISTITUTO "A. MALIGNANI"

AUTORIZZO

MIO FIGLIO/A A PARTECIPARE AL SOGGIORNO LINGUISTICO A

**DA CONSEGNARE AL DOCENTE DI INGLESE DELLA CLASSE ENTRO E NON
OLTRE IL 19/10/2019**

**LA REFERENTE DEL PROGETTO
PROF. ANTONELLA BINI**