



Liberatoria per l'intervento di osservazione psicologica sulla classe

Io sottoscritta (madre)

Io sottoscritto (padre)

dell'alunno/a

frequentante la classe sez..... della Scuola Secondaria / Primaria / Infanzia

plesso

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

l'intervento di osservazione sulla classe da parte della psicologa scolastica programmato dalla scuola per la classe del/della proprio/a figlio/a per l'intero ciclo scolastico di scuola elementare.

Firma della madre.....

Firma del padre.....

Data.....