



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ROBERTO
CASTELLANI"
Tel. 0574/1842001-1842002 - C.F.92052620488
e-mail : poic812003@istruzione.it ,
poic812003@pec.istruzione.it



MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE
Indagine sul benessere e la salute a scuola – Rete SPS Toscana

I sottoscritti..... e

In qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale

di:..... frequentante la classe.....
della Scuola

Con la firma del presente modulo dichiaro di:

- aver preso visione dei contenuti e degli obiettivi dell'indagine sul benessere e la salute a scuola – Rete SPS, riportati sulla Circolare;
- dare il consenso alla partecipazione di mio/a figlio/a all'indagine attraverso la compilazione del questionario che sarà fatta via web.

Luogo e data

Firma dei genitori

.....

.....

.....