

**Allegato A**



Ortopedia BL di Pasquale Faraldo

Ai Sigg. Genitori dell'Alunno/a

\_\_\_\_\_

ISTITUTO \_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE  
"VISITA MEDICA SCREENING"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ autorizza a sottoporre il proprio figlio/a ad iniziativa di screening "La schiena va a Scuola" per l'individuazione di eventuali patologie a carico della colonna vertebrale, con modalità e tempi previsti dal progetto.

**IL GENITORE**

**IL DIRETTORE SCOLASTICO**