Al Dirigente Scolastico

L.S.S. Vito Volterra di Ciampino

**AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO VOLLEY SCUOLA 2023-2024**

Il/La sottoscritto/a ------------------------------------------------------- studente maggiorenne/ genitore dello studente minorenne ----------------------------------------------------------------------- frequentante la classe --------------

**CHIEDE**

* la partecipazione del/della proprio/a figlio/a al progetto Volley Scuola 2023-2024

Si allega alla presente autorizzazione copia del certificato medico per l’attività sportiva (non agonistica/agonistica).

Data-----------------------------------------

Firma studente ------------------------------------------

Firma genitori (obbligatorie se lo studente è minorenne)