

**Al Dirigente Scolastico**

**Del Polo Liceale di Trebisacce (Cs)**

Il sottoscritto………………………………………………………………genitore

dell’alunno/a………………………………………………………………….……

nato/a a …………………………………….il……………………………………..

frequentante la classe…………………….… sez….…………………….

**AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a a partecipare ai Campionati Studenteschi che si terranno presso il nostro Istituto Scolastico.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | ORARIO | ATTIVITA’ | DOCENTE | Adesioni |
| LUNEDì | 13,00-14,00 | Pallavolo Maschile | Gorgoglione |  |
| MARTEDì | 13,00-14,00 | Pallavolo Femminile | Italiano |  |
| MERCOLEDì | 13,00-14,00 | Atletica Leggera | Italiano |  |
| GIOVEDì | 13,00-14,00 | Scacchi | De Paola |  |
| VENERDì | 13,00-14,00 | Tennis Tavolo | Gorgoglione |  |
| SABATO | 12,10-13,10 | Atletica Leggera | De Paola |  |

Firma del genitore

Data…………………… ……………………………………………