



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI VIALE LIBERTA'
 Viale Libertà, 32 – Tel. 0381- 42464 – Fax 0381 - 42474
 e-mail: pvic83100r@istruzione.it
 27029 VIGEVANO (Pv)

ALUNNO/A..... CLASSE ROBECCHI Data

- DE AMICIS
- A. BOTTO
- CORSICO
- S. M. delle VIGNE

a) Il/La sottoscritto/a

.....
 genitore dell'alunno sopra indicato,

- AUTORIZZA**
- NON AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle visite didattiche in Città organizzate dalla Scuola in orario scolastico.

Firma

.....

b) Io sottoscritto/a,

.....
 genitore dell'alunno sopra indicato,

- ESPRIMO IL MIO CONSENSO**
- NON ESPRIMO IL MIO CONSENSO**

all'utilizzo di immagini (filmati, fotografie) che riguardano mio/a figlio/a in occasione di attività didattiche svolte durante l'anno scolastico **2017/2018**.

Le immagini avranno come scopo esclusivo l'illustrazione delle iniziative riguardanti la sua classe e/o la Scuola (opuscoli, sito web della scuola, articoli di giornale, ecc).

Firma

c) Si prega di:

- indicare l'**indirizzo di posta elettronica** della famiglia o di un genitore;
- oppure
- barrare la casella sotto, nel caso in cui tale indirizzo non fosse disponibile.

Indirizzo e-mail:

.....

Non abbiamo la posta elettronica

Firma