



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo Statale "Don Camagni"

Sede centrale: Via Kennedy, 15- 20861 BRUGHERIO (MB)

TEL. 039/879623 - FAX 039/2872139 C.F.85018350158 - C.M. MIIC8AJ00C
icdoncamagni@tin.it - miic8aj00c@pec.istruzione.it - miic8aj00c@istruzione.it

A.S. 20...../.....

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a _____

_____ della classe _____ sez. _____

AUTORIZZA

Il proprio figlio/a a partecipare per tutto l'anno scolastico a visite guidate in ambito comunale.

DICHIARA

di sollevare l'Istituto da ogni responsabilità derivante da incidenti che possano accadere durante la visita d'istruzione salvo quelle espressamente previste dalla legge.

Data _____

FIRMA _____



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo Statale "Don Camagni"

Sede centrale: Via Kennedy, 15- 20861 BRUGHERIO (MB)

TEL. 039/879623 - FAX 039/2872139 C.F.85018350158 - C.M. MIIC8AJ00C
icdoncamagni@tin.it - miic8aj00c@pec.istruzione.it - miic8aj00c@istruzione.it

A.S. 20...../.....

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a _____

_____ della classe _____ sez. _____

AUTORIZZA

Il proprio figlio/a a partecipare per tutto l'anno scolastico a visite guidate in ambito comunale.

DICHIARA

di sollevare l'Istituto da ogni responsabilità derivante da incidenti che possano accadere durante la visita d'istruzione salvo quelle espressamente previste dalla legge.

Data _____

FIRMA _____