

*AUTORIZZAZIONE ALLA FREQUENZA DEL CORSO DI RECUPERO*

**Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. "G. Mazzini" di  
Vittoria**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, genitore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ del Liceo  
\_\_\_\_\_ autorizza il/la proprio/a figlio/a alla frequenza del  
corso di recupero estivo di FISICA organizzato dalla Scuola in orario antimeridiano.

Vittoria, \_\_\_\_\_

Firma leggibile del genitore

\_\_\_\_\_

*Si prega di compilare un'autorizzazione per ogni corso di recupero che si intende far seguire.*

-----