AUTORIZZAZIONE GENITORI PER FOTO GRUPPI SCOLASTICI DI MINORENNI

I sottoscritti genitori/tutori

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nato il |  | / |  | / , a , in provincia di ( ), |
| Nata il |  | / |  | / , a , in provincia di ( ), |

In qualità genitori /tutori esercenti la patria potestà sul/sulla minore:

(Nome e cognome del minore) \_ Nato/a il  /  / , a , in provincia di ( ), che frequenta l’Istituto Giusti

* scuola dell’infanzia sez\_\_\_
* scuola primaria classe\_\_\_\_\_\_sez\_\_\_\_\_
* scuola secondaria di primo grado\_\_\_\_\_classe\_\_\_\_\_\_\_sez

**AUTORIZZANO**

Il minore di cui sopra

* ad essere ritratto nella foto di classe di fine anno scolastico e si impegnano ad acquistarla
* ad essere ritratto nella foto di classe di fine anno scolastico ma non si impegnano ad acquistarla.

.

Terzigno Data: / / Firma Genitori