

***Screening di prevenzione “Occhio Pigro”***

**Autorizzazione a sottoporre il/la proprio/a figlio/a allo screening di**

 **prevenzione “OCCHIO PIGRO” organizzato dal Kiwanis Dism**

PLESSO DI .......................,,,............,..,...,...............CLASSE…………..,.................,.........

ALUNNO/A...............................,,...............,.......,.....,.........,,...,...,..............,......................

LUOGO E DATA DI NASCITA..........,....,,,,.,...,,,,...'.,.,,...,,,,,..,..,,,.....,,,,...,, ,.,,.

Firma di autorizzazione da parte dei genitori