

Liberatoria relativa alla richiesta di uscita in autonomia

Laboratorio specialistico "Un Buon Metodo di Studio" c/o Sezione AID Milano

Io sottoscritto _____

(C.F.) _____ nato a _____ prov. _____

il _____ residente a _____ CAP _____

via _____ n. _____

e

Io sottoscritta _____

(C.F.) _____ nato a _____ prov. _____

il _____ residente a _____ CAP _____

via _____ n. _____

in qualità di genitori di _____,

DICHIARIAMO e AUTORIZZIAMO

sotto la nostra personale responsabilità, che nostro/a figlio/a tornerà autonomamente a casa al termine del laboratorio e che in caso di richiesta di uscita anticipata forniremo comunicazione scritta alla casella mail milano@aiditalia.org oppure che

Il/la Sig./ra _____

Il/la Sig./ra _____

sono autorizzati a recuperare l'alunno/a.

In entrambi i casi, si sollevano l'Associazione Italiana Dislessia ed i Tutors da ogni e qualsiasi responsabilità attribuibile agli stessi.

In Fede.

Firma _____ Firma _____

Milano, _____