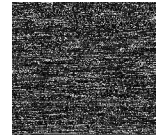


ISTITUTO COMPENSIVO VADO LIGURE



Piazza San Giovanni Battista 9 - 17047 VADO LIGURE

TEL. 019 88 02 33 – FAX 019 21 60 102 svic810009@istruzione.it

ANNO SCOLASTICO 20 -20

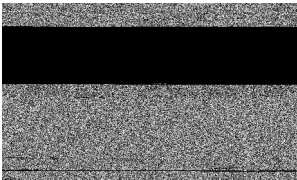
Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____

Della classe _____ del Plesso _____

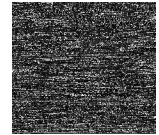
Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare alla visita guidata a _____

Data, _____

Firma _____



ISTITUTO COMPENSIVO VADO LIGURE



Piazza San Giovanni, 9 - 17047 VADO LIGURE

TEL. 019 88 02 33 – FAX 019 21 60 102 svic810009@istruzione.it

ANNO SCOLASTICO 20 -20

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____

Della classe _____ del Plesso _____

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare alla visita guidata a _____

Data, _____

Firma _____



ISTITUTO COMPENSIVO VADO LIGURE



Piazza San Giovanni 9 - 17047 VADO LIGURE

TEL. 019 88 02 33 – FAX 019 21 60 102 svic810009@istruzione.it

ANNO SCOLASTICO 20 -20

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____

Della classe _____ del Plesso _____

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare alla visita guidata a _____

Data, _____

Firma _____