**AUTORIZZAZIONE**

**Autorizzo mio figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**a partecipare alle lezioni del progetto “Potenziamento delle capacità logico-matematiche” nei tempi**

**e nelle modalità descritte, impegnandomi a comunicare al docente qualsiasi informazione venga ritenuta utile.**

**Data Firma dei genitori**