

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE  
per CORSO ALFABETIZZAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, genitore  
dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ per l'a.s. 2023/2024

**AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a alla partecipazione del **CORSO DI ALFABETIZZAZIONE** presso  
l'Istituto d'Istruzione Superiore "L.Cerebotani", via Galilei Galileo n.1 Lonato del Garda.

Lonato, \_\_\_\_\_

FIRMA