**CLASSI PRIME E QUINTE** SCUOLA PRIMARIA

**AUTORIZZAZIONE VISITA MEDICINA SCOLASTICA**

I sottoscritti …………..…………………………………………… e …………………………………….………………………………… genitori dell’alunno/a…………………………………………nato a………………….il………………….. frequentante la classe………………. Sez. ……… di codesto Istituto **AUTORIZZANO** il/la proprio/a figlio/a a sottoporsi alle visite **auxologica** (peso-altezza- sviluppo somatico), **odontoiatrica** ed **oculistica** (rilevazione visus) che saranno effettuate in orario scolastico a partire dal 25 gennaio dalla Dott.ssa Sicali, Dirigente medico pediatra ASP di Acireale – Medicina scolastica.

DATA FIRME……………………………………….. ………………………………………