**CLASSI PRIME** SCUOLA SECONDARIA

**AUTORIZZAZIONE PER 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) e **ortopedica** (valutazione eventuali anomalie sviluppo colonna, piede e ginocchio) 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……………………………………….. ………………………………………