



**Polo Scolastico Cattolico delle Figlie di Maria Ausiliatrice  
Istituto "Maria Ausiliatrice" e "Santo Spirito" - LIVORNO  
" e "Santo Spirito" - LIVORNO**

**AUTORIZZAZIONE AL CONTROLLO SANITARIO**

SCUOLA dell'INFANZIA  SCUOLA PRIMARIA  SCUOLA SECONDARIA di 1° grado

IST.M.AUSILIATRICE  IST.S.SPIRITO

I sottoscritti genitori:

**Padre** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME) (DATA DI NASCITA)

**Madre** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME) (DATA DI NASCITA)

**di** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME BAMBINO/A) (DATA DI NASCITA)

**AUTORIZZANO**

l'esercizio di eventuali controlli sanitari sul/sulla proprio/a figlio/a per tutto il ciclo della Scuola  
Primaria a partire dall'a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_