



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**

IIS "Giulio Casiraghi" – Liceo classico, linguistico e scientifico

Via Gorkj, 106 – Parco Nord - 20092 Cinisello Balsamo (Milano)

**AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE E LIBERATORIA**

**CORSO DI RECUPERO DI**

**MATEMATICA/CLASSI PRIME**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore di / studente maggiorenne \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ del Liceo Classico/Linguistico /Scientifico "Giulio Casiraghi"

**AUTORIZZO**

Mio/a figlio/a a partecipare al corso di recupero di matematica su segnalazione del docente di matematica della classe.

Dichiaro di essere consapevole che l'adesione al corso di recupero comporta la frequenza obbligatoria.

Cinisello Balsamo, \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

(o dello studente maggiorenne) \_\_\_\_\_