

**AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE E LIBERATORIA
LABORATORIO "GIOCHI DI SGUARDI: L'ARTE ATTRAVERSO I NOSTRI OCCHI"**

Io sottoscritto/a
genitore di / studente maggiorenne
frequentante la classe..... del Liceo Classico / Linguistico / Scientifico "G. Casiraghi"

autorizzo

mio/a figlio/a a partecipare allo sportello di eccellenza di discipline plastiche, scultoree e scenoplastiche "*GIOCHI DI SGUARDI: L'ARTE ATTRAVERSO I NOSTRI OCCHI*", che si terrà presso questo Liceo nel pentamestre nelle ore pomeridiane, nello specifico dalle ore 14:30 alle ore 16:30 per l'a.s. 2018-2019. Gli appuntamenti avranno cadenza settimanale, con giorno da stabilirsi (tenendo conto degli impegni scolastici).

Autorizzo , in base alla normativa vigente prevista dal Dlg 196/2003, a raccogliere materiale tramite supporti informatici o cartacei che potrà vedere interessato mio figlio/a con l'esclusiva finalità di documentare, supportare, valorizzare e promuovere l'attività svolta e comunque solo nel contesto legato agli obiettivi della scuola

Autorizzo la partecipazione a uscite didattiche a tema.

Dichiaro di essere consapevole che l'iscrizione al Laboratorio "*GIOCHI DI SGUARDI: L'ARTE ATTRAVERSO I NOSTRI OCCHI*" comporta la massima assiduità nella partecipazione degli incontri e la presenza in occasione delle manifestazioni alle quali il Liceo Casiraghi, deciderà di intervenire.

Per ulteriori informazioni potrò fare riferimento all'insegnante responsabile del progetto prof.ssa Chiara Spano

Cinisello B.mo,

Firma del genitore.....

(o dello studente se maggiorenne).....

Indirizzo e-mail dell'alunno: @.....
(per eventuali comunicazioni legate all'attività del Laboratorio)