



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 RIALLINEAMENTO DI
MATEMATICA**

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 riallineamento di matematica su segnalazione del docente di matematica della classe.

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

Cinisello Balsamo, _____

Firma del genitore _____

(o dello studente maggiorenne) _____