

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto di Istruzione Superiore L. Piccolo - CAPO D'ORLANDO

Oggetto: progetto CAKE DESIGN - presso pasticceria " Giulio" di Capo D'Orlando (ME)

...l... sottoscritt.... padre/madre dell'alunn..

frequentante nell'anno scolastico 2016/2017 la classe..... sez. del Liceo Artistico/Classico

AUTORIZZA

....l..... propri... figli.... a partecipare al progetto CAKE DESIGN - presso pasticceria "Giulio" Via Amendola 25 , Capo d'Orlando (ME) dove sarà accolto dalla referente Prof. ssa Rosa Fachile, e che raggiungerà e lascerà autonomamente , nell' orario previsto, il giorno:

09/02/2017 dalle ore 14,30 alle ore 16,30

Sarà cura dell'Istituto comunicare la data dei prossimi incontri.

La Scuola è sollevata da ogni responsabilità che non riguardi la vigilanza all'interno del laboratorio della pasticceria.

Data _____

Firma _____