



ANNO SCOLASTICO ...../.....

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Il / La sottoscritto / a :   |                                 |
| Esercente potestà sul/la minore :  |                                 |
| <b>DELEGA</b>  |                                 |
| Le seguenti persone a prelevare lo/la stesso/a all'uscita dalle lezioni dell'Accademia |                                 |
| Cognome e nome   | Luogo e data di nascita         |
|  |                                 |
|  |                                 |
|  |                                 |
|  |                                 |
| Esonera pertanto Codesta Associazione da ogni e qualsiasi responsabilità al riguardo   |                                 |
| Luogo e Data   | Firma dell'esercente la potestà |

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Il / La sottoscritto / a  |                                 |
| Esercente potestà sul/la minore :   |                                 |
| <b>AUTORIZZA</b>  |                                 |
| Lo/La stesso/a ad uscire da solo al termine di ogni lezione dai locali della scuola di Via Perazzi 30 |                                 |
| Esonera pertanto Codesta Associazione da ogni e qualsiasi responsabilità al riguardo                  |                                 |
| Luogo e Data  | Firma dell'esercente la potestà |