**Al Dirigente Scolastico**

**IC “Via Soriso”**

**Roma**

**PROGETTO “ PSICOMOTRICITA’ RELAZIONALE” – RICHIESTA PARTECIPAZIONE**

Il sottoscritto, ………………………………………………………………………….., genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe Prima sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del plesso “XXI Aprile “ richiede la partecipazione del proprio figlio al

corso di psicomotricità relazionale, in orario 16,30-17,30 per il giorno:



 Martedì ( docente Emanuela Chiriotti)



 Mercoledì (docente Ilaria Turrin)

DATA FIRMA