**Modulo di autorizzazione per la partecipazione ai test di selezione per la frequenza dei corsi di potenziamento linguistico DELF A1 -A2.**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di codesto istituto

**AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a a sostenere il test di selezione per la frequenza del corso di potenziamento linguistico DELF (apporre una crocetta in corrispondenza del livello interessato), che si terrà lunedì 23 ottobre al plesso Macherione, orario 14.00- 15.00:

**LIVELLO A1**

**LIVELLO A2**

Giarre, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firmato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_