



AUTORIZZAZIONE B

SOGGIORNO ST. GEORGES DE DIDONNE

Il sottoscritto _____
(Cognome e Nome del genitore o tutore del minore)

Nato a _____ il _____

Residente in Via/Corso _____

Comune _____

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

Il minore _____
(Cognome e Nome del minore)

Nato a _____ il _____

SAINT-GEORGES DE DIDONNE (FRANCIA)

turno dal 08/07 al 30/07

**A FUMARE TABACCO ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE PREDISPOSTE
PRESSO IL CENTRO DI ST. GEORGES DE DIDONNE**

Firma leggibile _____