



AUTORIZZAZIONI LABORATORIO DI ESTETICA E PARRUCCHERIA

Il/La Sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____

_____ nato/a _____ il ___/___/___ frequentante la classe _____

Sez. _____ dell'istituto _____, dichiara le seguenti

Intolleranze _____

Allergie _____

del proprio figlio/a, sollevando L'associazione Ted Formazione Professionale, sede del

Laboratorio di **"BEAUTY LAB"** da alcuna Responsabilità.

Palermo li, ___/___/_____

Firma