**CONSENSO PARTECIPAZIONE PROGETTO PET THERAPY – EAA (Educazione Assistita con gli Animali)**

Noi sottoscritti (cognome e nome) ………………………………………………….. e (cognome e nome) ………………………………………………………….. in qualità di esercenti la potestà genitoriale sul minore (cognome e nome alunno/a) …………………………………………………., frequentante la classe 1^ sez. ……..

* Autorizziamo
* NON autorizziamo

Nostro figlio/a a partecipare al progetto Pet Therapy ( con Operatore IAA – Interventi assistiti con gli animali, Dott. Venditti Mattia) con il cane Sam e dichiariamo che lo stesso/a

* NON ha forme allergiche al pelo del cane
* NON ha fobie verso i cani
* HA fobie verso i cani

FIRMA DEI GENITORI …………………………………….. …………………………………………………

**CONSENSO PARTECIPAZIONE PROGETTO PET THERAPY – EAA (Educazione Assistita con gli Animali)**

Noi sottoscritti (cognome e nome) ………………………………………………….. e (cognome e nome) ………………………………………………………….. in qualità di esercenti la potestà genitoriale sul minore (cognome e nome alunno/a) …………………………………………………., frequentante la classe 1^ sez. ……..

* Autorizziamo
* NON autorizziamo

Nostro figlio/a a partecipare al progetto Pet Therapy ( con Operatore IAA – Interventi assistiti con gli animali, Dott. Venditti Mattia) con il cane Sam e dichiariamo che lo stesso/a

* NON ha forme allergiche al pelo del cane
* NON ha fobie verso i cani
* HA fobie verso i cani

FIRMA DEI GENITORI …………………………………….. …………………………………………………