

AUTORIZZAZIONE SEMINARIO E SCREENING POSTURALE

I sottoscritti _____ e _____ genitori
dell'alunno/a _____ della classe _____

- **AUTORIZZANO** il/la proprio/a figlio/a alla partecipazione al seminario informativo, alla compilazione del questionario e alla fase di screening posturale preliminare condotta dai docenti di Scienze Motorie.
- **DICHIARANO DI ESSERE CONSAPEVOLI** che lo screening effettuato dai docenti ha **esclusiva finalità orientativa e di prevenzione primaria** e non sostituisce in alcun modo una visita medica specialistica.
- **SOLLEVANO L'ISTITUTO** da ogni responsabilità in ordine a eventuali esiti dello screening, inclusa l'ipotesi di mancata rilevazione di patologie o asimmetrie preesistenti o latenti (cosiddetti "falsi negativi"), restando la sorveglianza sanitaria dei figli in capo alla responsabilità genitoriale e ai propri medici di riferimento.
- **ACCONSENTONO** al trattamento dei dati in forma anonima per finalità statistiche e di ricerca scientifica.

Data: _____

Firma Madre: _____

Firma Padre: _____