

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE DOPO MALATTIA

Il/la sottoscritto/a _____

genitore di _____

iscritto/a presso la scuola _____

dichiara che il proprio/a figlio/a è stato assente dal _____ al _____

causa _____

Dichiara inoltre di aver contattato il proprio pediatra _____ e di essersi attenuto alle indicazioni ricevute, sia per la terapia sia per quanto riguarda il periodo di assenza.

Dichiara che il proprio/a figlio/a può essere riammesso alla frequenza.

In fede (firma)

data _____