

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE DOPO MALATTIA

IL/La sottoscritto/a _____

genitore del/la bambino/a _____

frequentante c/o la Scuola dell'Infanzia Paritaria "S.G. Beretta Molla" di Sovico Sez. _____

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

causa _____

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

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

In fede

Sovico, _____

FIRMA DEL GENITORE

AL PRESIDENTE DELLA
SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA
"SANTA GIANNA BERETTA MOLLA" - SOVICO

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE DOPO MALATTIA

IL/La sottoscritto/a _____

genitore del/la bambino/a _____

frequentante c/o la Scuola dell'Infanzia Paritaria "S.G. Beretta Molla" di Sovico Sez. _____

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

causa _____

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

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

In fede

Sovico, _____

FIRMA DEL GENITORE
