

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore del/la

bambino/a \_\_\_\_\_

iscritto/a presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

Dichiara che il proprio/a figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

causa \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di aver contattato il proprio pediatra dottor/ssa \_\_\_\_\_ E

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 alla frequenza.

DATA

FIRMA