



Scuola dell'infanzia MONUMENTO AI CADUTI

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a _____

genitore del/la bambino/a _____

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 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.

Luogo e data _____

In fede _____