



AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE

Il/la sottoscritt/a _____

Genitore del bambino/a _____

Iscritto presso la scuola dell'infanzia/nido

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a é stato/a 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 infine che il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso alla frequenza scolastica.

Zocco di Erbusco, il _____

In fede
