



Modulo

Autocertificazione rientro scuola

Il/la sottoscritto/a _____

genitore del/la bambino/a _____

regolarmente iscritto presso questa Scuola nella sezione _____

dichiara che il proprio/a figlio/a è stato assente

dal giorno _____ al giorno _____

a causa di: _____

Se l'assenza è dovuta a motivazioni medico sanitarie dichiara di aver contattato il proprio
Pediatra,
dottor/ssa _____ e di essersi attenuto alle indicazioni ricevute, sia
riguardo la terapia e sia per quanto riguarda il periodo di assenza.

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

Luogo e Data _____

Firma _____

