



AUTOCERTIFICAZIONE DI RIAMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

iscritto presso la nostra Scuola, dichiara che il/la proprio/a figlio/a è stato assente

dal _____ al _____

causa _____ ;

Dichiara di aver contattato il suo pediatra, Dott. _____,

e di essersi attenuto/a 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 comunità infantile.

Labico,

Firma