

SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA SCAGLIONI
VIA PAOLO GORINI 27
26900 LODI

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.

In fede _____

DATA.....