

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore di _____

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a è stato assente

dal _____ al _____

il giorno _____

causa _____

Dichiaro inoltre di aver contattato il proprio pediatra

Dott. _____

E di essersi attenuto alle indicazioni ricevute, sia per quanto riguarda la terapia sia per quanto riguarda il periodo di assenza.

Dichiaro infine che mio/a figlio/a può essere riammesso/a alla frequenza.

Data

In fede

(Firma)