

**AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO L'ASSENZA
(ANCHE DI UN SOLO GIORNO)**

Io sottoscritto/a _____

residente a _____

Indirizzo _____

Genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

Assente dalla scuola dell'infanzia per:

Motivi di salute (da specificare) _____

dal _____ al _____

Visita medica (es. dentista, oculista, vaccino, ecc.....)

Il _____

Altro

Si chiede di avvisare sempre la scuola in caso di assenze brevi o visite improvvise tramite messaggio WhatsApp al numero telefonico 3519616525.

DICHIARO IN CASO DI MALATTIA

di aver contattato il Medico curante e di essermi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità.

Data _____

Firma

(Modulo da stampare e fotocopiare per usarlo durante l'anno per qualsiasi assenza)