

SCUOLA MATERNA PARROCCHIALE - REGINA MARGHERITA

SCUOLA PARITARIA D.M. N. 488 DEL 28.2.2001

20843 VERANO BRIANZA (MB)

VIA MASSARANI, 4 - TEL. 0362 805417

RIAMMISSIONE A SCUOLA - AUTOCERTIFICAZIONE DEL GENITORE

IO SOTTOSCRITTO _____

GENITORE DEL BAMBINO/A _____

SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA DA ME EFFETTUATA IL _____

DAL DOTT. _____

DICHIARO:

MIO FIGLIO/A È STATO/A ASSENTE DAL _____ AL _____

PER _____

**PUÒ ORA RIPRENDERE LA SCUOLA NON ESSENDO PIÙ AFFETTO DA MALATTIA
CONTAGIOSA.**

DATA _____ FIRMA _____

SCUOLA MATERNA PARROCCHIALE - REGINA MARGHERITA

SCUOLA PARITARIA D.M. N. 488 DEL 28.2.2001

20843 VERANO BRIANZA (MB)

VIA MASSARANI, 4 - TEL. 0362 805417

RIAMMISSIONE A SCUOLA - AUTOCERTIFICAZIONE DEL GENITORE

IO SOTTOSCRITTO _____

GENITORE DEL BAMBINO/A _____

SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA DA ME EFFETTUATA IL _____

DAL DOTT. _____

DICHIARO:

MIO FIGLIO/A È STATO/A ASSENTE DAL _____ AL _____

PER _____

**PUÒ ORA RIPRENDERE LA SCUOLA NON ESSENDO PIÙ AFFETTO DA MALATTIA
CONTAGIOSA.**

DATA _____ FIRMA _____