

AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA A SEGUITO DI
MALATTIE INFETTIVE

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a
_____ della classe _____ della scuola

dichiara

di aver contattato il/la pediatra o medico curante e di essersi attenuto/a alle sue
indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro a scuola.

Pertanto, l'alunno/a può tornare a frequentare la scuola a partire dalla data odierna.

Data

Firma
