



Scuola Dell'Infanzia S. Lorenzo

## MODULO 1.5 Autocertificazione riammissione dopo malattia

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore della/del bambino/a \_\_\_\_\_

Sezione \_\_\_\_\_

Dichiara che il proprio figlio/a è stato assente dal \_\_\_\_\_

Causa \_\_\_\_\_

Può riprendere l'attività scolastica dal giorno

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_