

IL SOTTOSCRITTO.....

GENITORE DI.....SEZ.....

DICHIARA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A E' RIMASTO ASSENTE

DAL.....AL.....

PER.....

E DICHIARA **(IN CASO DI ASSENZA PER MALATTIA)**

DI AVER CONTATTATO IL POPRIO PEDIATRA DOTT.....E DI ESSERSI ATTENUTO ALLE INDICAZIONI RICEVUTE, SIA PER QUANTO RIGUARDA LA TERAPIA SIA PER QUANTO RIGUARDA IL PERIODO DI ASSENZA.

DI **NON** AVER CONTATTATO IL PROPORIO PEDIATRA E CHE IL BAMBINO NON PRESENTA MALESSERE E PUO' ESSERE RIAMMESSO A SCUOLA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'.

DATA.....

FIRMA.....

IL SOTTOSCRITTO.....

GENITORE DI.....SEZ.....

DICHIARA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A E' RIMASTO ASSENTE

DAL.....AL.....

PER.....

E DICHIARA **(IN CASO DI ASSENZA PER MALATTIA)**

DI AVER CONTATTATO IL POPRIO PEDIATRA DOTT.....E DI ESSERSI ATTENUTO ALLE INDICAZIONI RICEVUTE, SIA PER QUANTO RIGUARDA LA TERAPIA SIA PER QUANTO RIGUARDA IL PERIODO DI ASSENZA.

DI **NON** AVER CONTATTATO IL PROPORIO PEDIATRA E CHE IL BAMBINO NON PRESENTA MALESSERE E PUO' ESSERE RIAMMESSO A SCUOLA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'.

DATA.....

FIRMA.....