

**AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE
DEL/LA BAMBINO/A DOPO L'ALLONTANAMENTO
(assenza non superiore ai 5 giorni)**

Io sottoscritto/a
residente a
indirizzo : Via n°
genitore dell'alunno/a Sezione,
allontanato/a da scuola in data

dichiaro

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

Pertanto, il/la bambino/a può frequentare la scuola a partire dalla data odierna.

Firma

Data: