

SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA SCAGLIONI  
VIA PAOLO GORINI 27  
26900 LODI

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Genitore del/la bambino/a \_\_\_\_\_

iscritto/a presso la scuola \_\_\_\_\_

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

causa \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di aver contattato il proprio pediatra  
dottor/ssa \_\_\_\_\_ E di essersi attenuto alle indicazioni  
ricevute, sia per quanto riguarda la terapia sia per quanto riguarda il  
periodo di assenza.

Dichiara che il proprio/a figlio/a può essere riammesso alla frequenza.

In fede \_\_\_\_\_

DATA.....