

ALLA DIREZIONE

SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "DIVINA PROVVIDENZA"

Via XXIV MAGGIO, 8/10 - 20833 PAINA di GIUSSANO MB
tel. 0362 861488 - e-mail: maternapaina@tiscali.it

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO IN COMUNITA'

IO SOTTOSCRITTO _____

GENITORE DI _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____

DICHIARO DI AVER CONSULTATO IL MEDICO DI BASE/PEDIATRA DI LIBERA
SCELTA Dr. _____

E DI ESSERMI ATTENUTO ALLE INDICAZIONI RICEVUTE.

MI ASSUMO LA RESPONSABILITA' DI FARE RIENTRARE IL MIO BAMBINO/A
NELLA COMUNITA' SCOLASTICA.

Firma del genitore _____

Firma per presa visione insegnante/coordinatrice _____

Paina di Giussano, _____

**Il presente modulo andrà consegnato per assenze anche di un solo
giorno.**