

MOD. B

ISTITUTO COMPRENSIVO PIOVE DI SACCO 2
VIA SAN FRANCESCO, 2 – PIOVE DI SACCO (PD) TEL 0499701167

ALL'INS. DELLA SEZ. _____
SCUOLA _____

e p.c. AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I L/LA SOTTOSCRITTO _____

GENITORE DELL'ALUNNO/A _____

FREQUENTANTE LA SEZIONE _____ DELLA SCUOLA _____

ALLONTANATO DALLA SCUOLA IN DATA _____

DICHIARA

DI AVER CONTATTATO IL MEDICO CURANTE E DI ESSERSI ATTENUTO ALLE SUE INDICAZIONI PER
QUANTO RIGUARDA LA TERAPIA E ED IL RIENTRO IN COMUNITA'.

PERTANTO IL BAMBINO PUO' FREQUENTARE LA SCUOLA A PARTIRE DALLA DATA ODIERNA

Piove di Sacco, _____ FIRMA GENITORE _____

MOD. B

ISTITUTO COMPRENSIVO PIOVE DI SACCO 2
VIA SAN FRANCESCO, 2 – PIOVE DI SACCO (PD) TEL 0499701167

ALL'INS. DELLA SEZ. _____
SCUOLA _____

e p.c. AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I L/LA SOTTOSCRITTO _____

GENITORE DELL'ALUNNO/A _____

FREQUENTANTE LA SEZIONE _____ DELLA SCUOLA _____

ALLONTANATO DALLA SCUOLA IN DATA _____

DICHIARA

DI AVER CONTATTATO IL MEDICO CURANTE E DI ESSERSI ATTENUTO ALLE SUE INDICAZIONI PER
QUANTO RIGUARDA LA TERAPIA E ED IL RIENTRO IN COMUNITA'.

PERTANTO IL BAMBINO PUO' FREQUENTARE LA SUOLA A PARTIRE DALLA DATA ODIERNA

Piove di Sacco, _____ FIRMA GENITORE _____