

ISTITUTO COMPRENSIVO PIOVE DI SACCO 2
VIA CROCIATA 68 – PIOVE DI SACCO (PD) TEL 0499701167

ALL'INS. DELLA SEZ. _____
SCUOLA _____

e p.c. AL DIRIGENTE SCOLASTICOI

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 PERQUANTO
RIGUARDA LA TERAPIA E ED IL RIENTRO IN COMUNITA'.

Piove di Sacco, _____ FIRMA GENITORE _____

ISTITUTO COMPRENSIVO PIOVE DI SACCO 2
VIA CROCIATA 68 – PIOVE DI SACCO (PD) TEL 0499701167

ALL'INS. DELLA SEZ. _____
SCUOLA _____

e p.c. AL DIRIGENTE SCOLASTICOI

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 PERQUANTO
RIGUARDA LA TERAPIA E ED IL RIENTRO IN COMUNITA'.

Piove di Sacco, _____ FIRMA GENITORE _____