

SCUOLA MATERNA PARITARIA SAN VINCENZO

Via Verdi 95 - 60019 Senigallia (AN) - P. IVA 01331250421

Tel/fax 071.63415 mail: scuolasanvincenzo@virgilio.it – centroinfanziavirgilio.it

AUTOCERTIFICAZIONE

PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA A SEGUITO DI 3 GIORNI DI ASSENZA

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di genitore del/la bambino/a _____

frequentante il Polo educativo San Vincenzo Senigallia nel servizio:

- Centro Infanzia
- Sezione Primavera
- Scuola dell'Infanzia

DICHIARA

che il proprio/a figlio/a _____

nel periodo dal _____ al _____

non ha frequentato per il seguente motivo:

Nel caso di assenza per malattia dichiara di aver contattato il/la pediatra di riferimento e di essersi attenuto/a alle sue indicazioni riguardo alla terapia e di aver seguito le sue istruzioni circa la tempistica per il rientro a scuola.

Data _____

Firma del genitore _____