

**AUTOCERTIFICAZIONE
PER RIAMMISSIONE
IN COMUNITA' SCOLASTICA**

Sesto San Giovanni, _____

Io sottoscritto/a _____

Genitore di _____ classe _____

DICHIARO

Di aver consultato il mio Medico Dott./ssa _____

In data _____ e di essermi attenuto/a alle indicazioni date dal curante.

In conformità a quanto indicato nel D.G.R. 30 settembre 2004/18853, il/la bambino/a può essere riammesso/a a frequentare la comunità scolastica.

Di aver tenuto a casa il/la bambino/a per i seguenti motivi

In fede _____