

Spett.le
DIREZIONE
Istituto "Cesare Arici"
Scuola dell'Infanzia "A. Cocchetti"

**AUTOCERTIFICAZIONE
PER
RIAMMISSIONE NELLA COMUNITÀ SCOLASTICA**

Io sottoscritto/a

Genitore di

Frequentante nell'anno scolastico/ la Sezione: Gialla Blu

DICHIARA

di aver consultato il proprio medico – Dott.....
in data e di essersi attenuto/a alle indicazioni date dallo stesso.

In base a quanto indicato dalla D.G.R. n. 7/18853 del 30/09/2004 il/la bambino/a può essere
riammesso/a a frequentare la comunità scolastica.

Data

Firma