

SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SAN BENIGNO"

Via S. Benigno 57, 23010, Berbenno di Valtellina (SO), telefono interno 334 7951464

**AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE A SCUOLA A
SEGUITO DI MALATTIE INFETTIVE**

Il/La sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____ frequentante la Scuola
dell'infanzia "San Benigno"

Dichiara

di aver contattato il/la pediatra/medico curante e di essersi attenuto alle sue
indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro a scuola a fronte della seguente
patologia infettiva: _____

Pertanto, l'alunno/a può tornare a frequentare la scuola a partire dalla data odierna.

Data _____

In fede _____