



**ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA E
NIDO INTEGRATO ANGELI CUSTODI**
VIA PAPA GIOVANNI XXIII N.3
36065 CASONI DI MUSSOLENTE (VI)
segreteria@angelicustodicasoni.it
te.: 0424 572078

**AUTODICHIARAZIONE
ASSENZA DA SCUOLA AI FINI DELLA RIAMMISSIONE
(da consegnare all'insegnante di sezione)**

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno

(nome e cognome bimbo/a)

consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione della salute della collettività

COMUNICA

che il proprio figlio/a è stato/a assente dalla *Scuola dell'Infanzie e Nido Integrato Angeli Custodi*

dal _____ al _____ per:

MOTIVI DI SALUTE

specificare il motivo _____

DICHIARA di aver contattato il medico curante (*Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale*) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari e di essermi attenuto alle sue prescrizioni ed indicazioni e che può essere riammesso/a al servizio/scuola .

ALTRI MOTIVI (non di salute)

Luogo e data

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
