



Istituto Farlottine

Via della Battaglia 10
Via Toscana 148
Via Berengario da Carpi 8
Bologna

AUTODICHIARAZIONE RIAMMISSIONE

Io sottoscritto/a _____ padre madre
dell'alunno/a _____
che frequenta la sezione/classe _____
della scuola _____
dimesso il giorno _____

dichiaro di aver contattato il Medico curante / Pediatra / Struttura sanitaria

e di essermi attenuto alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità di mio/a figlio/a.

Pertanto mio/a figlio/a può frequentare la scuola a partire dalla data odierna.

Data _____ Firma _____