

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____
Genitore/Tutore Legale del bambino/a cognome _____ nome _____

Iscritto presso l'Istituto _____

Sezione _____ Classe _____

Dichiaro che mio figlio/a è stato assente

Il ____ / ____ / ____ a causa di

- Febbre > 37,5°
- Sintomi respiratori suggestivi di sospetta infezione da SARS-CoV-2
- Altro _____

Dichiaro inoltre di aver contattato il/la pediatra dott./dott.ssa _____

e che mio/a figlio/a può essere riammesso/a alla frequenza sulla base della diagnosi del/la pediatra.

Data ____ / ____ / ____

In fede,

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____
Genitore/Tutore Legale del bambino/a cognome _____ nome _____

Iscritto presso l'Istituto _____

Sezione _____ Classe _____

Dichiaro che mio figlio/a è stato assente

Il ____ / ____ / ____ a causa di

- Febbre > 37,5°
- Sintomi respiratori suggestivi di sospetta infezione da SARS-CoV-2
- Altro _____

Dichiaro inoltre di aver contattato il/la pediatra dott./dott.ssa _____

e che mio/a figlio/a può essere riammesso/a alla frequenza sulla base della diagnosi del/la pediatra.

Data ____ / ____ / ____

In fede,
