

DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE DOPO ASSENZA

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore/Tutore dell'alunno/a _____

Frequentante la Sezione _____

DICHIARA

Che mio/a figlio/a è stato/a assente dal _____ al _____
per il seguente motivo _____

Nel caso il motivo dell'assenza riguardi la salute o l'igiene, dichiara di aver contattato il proprio Medico (Pediatra, Specialista) e di essersi attenuto alle indicazioni ricevute, sia per quanto riguarda la terapia sia per quanto riguarda il periodo di assenza da Scuola.

Dichiara sotto la propria responsabilità, che il proprio figlio/a è idoneo/a a riprendere tutte le attività scolastiche poiché non sussistono condizioni incompatibili con la permanenza in collettività dal giorno _____

Data _____ Firme dei Genitori(*) _____

(*) N.B. in caso di una sola firma

Alla luce del Codice Civile, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater, la richiesta deve essere sempre condivisa da entrambi i genitori. Qualora lo presente sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.