

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.*