

Al Dirigente Scolastico
I.C. "G.Galilei"
Maletto (CT)

RICHIESTA DI RIAMMISSIONE A SCUOLA ALUNNO/A CON PROGNOSI

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____ frequentante la:

☐ Scuola Infanzia: plesso _____ sez. _____

☐ Scuola Primaria: plesso _____ classe _____ sez. _____

☐ Scuola secondaria di primo grado: plesso _____ classe _____ sez. _____

CHIEDONO

la riammissione a scuola del/della proprio/a figlio/a con prognosi.

A tal fine allegano alla presente certificazione medica attestante che la convalescenza è compatibile con le attività scolastiche.

Maletto _____

FIRMA DEI GENITORI
