



Fondazione Scuola dell'Infanzia

"Suor Teresa Ballerini"

Via Campaccio, 1 – 20816 Ceriano Laghetto (MB)

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore di
_____ sezione _____,

richiamato il patto di corresponsabilità condiviso tra la scuola e la famiglia,

chiede

che il/la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a scuola a seguito di assenza dal _____
al _____.

A tal fine

dichiara che il/la proprio/a figlio/a

- ☐ È stato/a assente per motivi familiari e/o personali
- ☐ È stato/a assente per motivi di salute ed è stato valutato clinicamente dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG) _____
- ☐ È stato/a assente per visita medica

Ceriano Laghetto, lì _____

Il genitore _____