

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO FARA SABINA

I/II/la sottoscritti/o/a _____ genitori/e

dell'alunno/a _____ frequentante

nell'Anno Scolastico **2019/2020** la Scuola (*barrare di seguito l'ordine Scuola di appartenenza*)

Scuola Infanzia

Scuola Primaria

Secondaria di I grado

Sez./classe _____ sede di _____

CONSEGNA

CERTIFICATO MEDICO PER RIAMMISSIONE SCOLASTICA DOPO ASSENZA PER MALATTIA

Passo Corese, _____

Firma
