

**Al Dirigente Scolastico
Dott.ssa Enrica BOSIO**

I sottoscritti genitori

padre/madre

dell'alunno

Nato/a

il

Classe scuola Infanzia/Primaria/Sec. I°grado

Visto il certificato Medico Presidio Ospedaliero di :

in data

Visto il certificato medico del Dott.

Infortunio avvenuto fuori dall'orario scolastico

dichiara che nonostante la prognosi di gg. richiede l'ammissione

alla frequenza del proprio figlio **sollevando la scuola da ogni responsabilità**

civile e penale .

data

Firma della madre

Firma del padre