

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "P. Vannucci"
Città della Pieve

Il/La sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ e/o Sezione _____ della Scuola:

Infanzia Primaria Secondaria di Primo Grado

plesso di _____ dopo aver sentito
il parere del Medico, ai sensi del D.G.R. n. 910 del 31.05.2006, dichiara che il/la proprio/a figlio/a può essere
riammesso/a alle lezioni in data _____.

In fede

firma
