

Autocertificazione di riammissione scolastica

Al Dirigente Scolastico

della Scuola

Io sottoscritto/a

Nome

Cognome

Data di nascita

padre madre tutore

dell'alunno/a

Nome

Cognome

Data di nascita

Frequentante la classe.....

Consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiaro che in data l'alunno/a è stato/a sottoposto/a al seguente trattamento per l'eliminazione dei pidocchi:

.....

.....

data

Firma di autocertificazione

.....