Al Dirigente Scolastico

I.C. C. Alvaro di Trebisacce

Il/la sottoscritto/a……..genitore dell'alunno/a…….

Frequentante la classe……plesso……

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a si è assentato in data…….per motivi

- familiari
- di salute

P.S. Necessita il certificato medico dopo un'assenza per malattia superiore a 5 giorni

Data…….. Firma……..

Al Dirigente Scolastico

I.C. C. Alvaro di Trebisacce

Il/la sottoscritto/a……..genitore dell'alunno/a…….

Frequentante la classe……plesso……

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a si è assentato in data…….per motivi

- familiari
- di salute

P.S. Necessita il certificato medico dopo un'assenza per malattia superiore a 5 giorni

Data…….. Firma……..

Al Dirigente Scolastico

I.C. C. Alvaro di Trebisacce

Il/la sottoscritto/a……..genitore dell'alunno/a…….

Frequentante la classe……plesso……

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a si è assentato in data…….per motivi

- familiari
- di salute

P.S. Necessita il certificato medico dopo un'assenza per malattia superiore a 5 giorni

Data…….. Firma……..