

_____ l _____ sottoscritt _____

in qualità di genitore dell'alunn _____

frequentante la classe _____ della Scuola

INFANZIA

PRIMARIA

SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO

D I C H I A R A

di consegnare oggi, in data _____, presso l'Ufficio di segreteria

di Codesto Istituto, il certificato medico concernente l'infortunio accaduto a scuola al/la

proprio/a figlio/a in data * _____.

* (data di segnalazione da parte del personale scolastico o dal genitore)

data _____.

Firma

Recapito del genitore:

via _____

comune _____

tel./cell. _____