

RIAMMISSIONE A SCUOLA

li,

Si certifica che

Cognome _____ nome _____

Nato/a _____, il _____

Residente a _____

Assente dal _____ al _____ per motivi di salute,

sulla base della visita da me effettuata, è clinicamente guarito/a e può riprendere

l'attività scolastica il _____

In fede

FIRMA DEL MEDICO
(timbro e firma)