

CERTIFICATO PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA

(Luogo e data del rilascio)

Si certifica, sulla base della visita medica da me effettuata in data odierna, che:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Assente da scuola dal ____/____/____ al ____/____/____

è clinicamente guarito/a e può riprendere la normale attività scolastica.

In fede

(Timbro e Firma)