

GIUSTIFICAZIONE

Data _____

NOME e COGNOME del bambino _____

ASSENZA DI GIONI _____ DAL _____ AL _____

HO PRESO/NON HO PRESO

contatto con il Pediatra di libera scelta o Medico di base

☐ Motivi di salute _____

☐ Motivi famigliari _____

FIRMA DEI GENITORI

