Al Dirigente scolastico

Ai docenti del plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_

I.C. “Don G. Maraziti” - Marcellinara

**Oggetto: Giustificazione assenze alunni**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la

classe/sezione\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

Che l’assenza del/della figlio/a alle attività scolastiche

dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stata causata da:

* MOTIVI DI SALUTE e che ora è completamente guarito/a e può essere riammesso/a a scuola sotto la propria responsabilità.
* IMPEGNI DI FAMIGLIA
* ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_