

ALLEGATO A

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Luzzara**

RICHIESTA RIAMMISSIONE A SCUOLA

I sottoscritti.....e.....
genitori/tutori dell'alunno/a.....della classe.....
plesso....., per il quale è stata certificata una prognosi di giorni.....

CHIEDONO

la riammissione a scuola del/la proprio/a figlio/a.

A tal fine, allegano:

- certificato medico attestante la durata della prognosi;
- certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista o PLS attestante l'idoneità alla frequenza scolastica e le eventuali limitazioni.

Luogo e Data

Firma dei genitori/tutori:
