

Al Nido d'Infanzia Comunale

LA NUVOLETTA

Via Papa Giovanni XXIII, 24

55032 Castelnuovo di Garfagnana

Oggetto: Dichiarazione di riammissione al nido d'infanzia dopo un periodo di malattia.

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

Genitore/tutore di _____;

DICHIARA

di aver contattato il dott. _____

e di essersi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro al nido.

Data _____

Firma
