I sottoscritti, (madre)

(padre)

genitori dell’alunn

frequentante la classe di questa Istituzione Scolastica, ritengono di dover segnalare che, a tutela della salute del proprio figlio\a, come da **certificato del medico curante /pediatra** allegato, vadano attivate le seguenti misure:

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tempestivamente qualsiasi variazione e/o intervenienza che dovesse interferire con la precedente segnalazione.

Per qualsiasi informazione contattare il seguente numero telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palermo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori