

Infortunio senza conseguenze

La/Il sottoscritta/o

Cognome e Nome

genitore di

Cognome e Nome STUDENTE

nata/o a

il

Classe

Sezione

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l'infortunio avvenuto in data

e regolarmente denunciato dall'insegnante **non** ha avuto alcuna conseguenza e non ha richiesto intervento medico.

Data

Firma
