

SOSPENSIONE DELLA FREQUENZA PER MOTIVI DI SALUTE

Nome e cognome del/della bambino/a _____

Nome e cognome del genitore
(o altro delegato) _____

Frequenta l'Asilo Nido _____

Motivo della dimissione _____

FIRMA DELL'EDUCATORE

FIRMA DEL GENITORE

San Marino, li _____

Alle ore _____