

Spett.le

FONDAZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA

DON DOMENICO GIAROLO

MONTEBELLO VICENTINO

IO

SOTTOSCRITTO.....

GENITORE DEL BAMBINO/A.....

**DICHIARO**

DI AVER SOMMINISTRATO LE CURE ADEGUATE PER IL TRATTAMENTO DELLA CONGIUNTIVITE A

MIO FIGLIO/A IN DATA:.....

Data e firma \_\_\_\_\_