



Comune di Firenze
Servizio Asili Nido e Servizi Complementari

AUTOCERTIFICAZIONE IN CASO DI INFORTUNIO

Asilo Nido/ Centro Gioco _____

Il/la Sottoscritto/a _____

Genitore del/lla bambino/a _____

A seguito dell'infortunio avuto dal proprio figlio/a in data _____
con prognosi di giorni _____

Comunica che il bambino riprenderà la frequenza all'Asilo Nido/Centro Gioco, prima della scadenza della prognosi. Pertanto il sottoscritto/a dichiara di assumersi ogni responsabilità per eventuali conseguenze o disagi derivanti dallo stare in comunità.

Data _____

In fede
(Firma del genitore)

Da consegnare all'educatore referente