



Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede: via Mezzano, 41 28069 Trecate (NO) tel. 0321-71158 - Fax 0321730126 e-mail:
noic82900g@istruzione.it pec: noic82900g@pec.istruzione.it Codice Ministeriale
noic82900g - Codice Fiscale 94068640039
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

الأباء / مقدمي الرعاية ل

dell'alunn ____: _____

classe _____ sezione _____

الدرجة sezione _____: _____: _____

وقدم إلى المدرسة دون مبرر غياب

اليوم ____ / ____ / ____

أيام: من ____ / ____ / ____ ل: ____ / ____ / ____

لذا يرجى إعادة هذه الورقة المكتملة وموقعة على الجانب السفلي

التنفيذي scolastico مكان وتاريخ ____، ____ / ____ / ____ و

_____! sottoscritt _____ dichiara أن alunn _____
(اسم مولى)

اسم ولقب الطالب

الغائب عن الدروس stat _____ sezione _____ classe _____

اليوم ____ / ____ / ____

أيام: من ____ / ____ / ____ ل: ____ / ____ / ____

لأسباب التالية: _____

Data _____ التوقيع

توقيع الرئيسي _____

Ai genitori/Agli affidatari

dell'alunn__ : _____

classe _____ sezione _____

Si informa che l'alunn__ : _____ della classe _____ sezione _____

si è presentato a scuola senza giustificazione dell'assenza

del giorno ___/___/___

dei giorni: dal ___/___/___ al: ___/___/___

Si prega pertanto di restituire questo foglio debitamente compilato e firmato nella parte sottostante

Luogo e data _____, ___/___/___ Il Dirigente scolastico _____

_____ I _____ sottoscritt _____ dichiara che l'alunn__
(nome e cognome del genitor)

_____ *nome e cognome dell'alunno*

della classe _____ sezione _____ è stat__ assente dalle lezioni

del giorno ___/___/___

dei giorni: dal ___/___/___ al: ___/___/___

per il seguente motivo: _____

e allega alla presente il certificato del medico curante

Data _____

Firma

Firma del genitore _____