

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Statale
"Bonaccorso da Montemagno"
QUARRATA

Il/La sottoscritt _____,
genitore dell'alunn _____,
frequentante la classe _____;

chiede

che dal giorno _____ il/la figli possa rientrare
a scuola;

dichiara

che la situazione di salute dell'alunn non è ostativa alla frequenza delle lezioni e
che è compatibile con lo stato in cui si trova attualmente ;

esonera

la scuola da qualsiasi responsabilità relativa a tale situazione e da eventuali danni che
ne possano derivare, ciò anche ai fini della copertura assicurativa in essere.

A tal fine allega certificato medico rilasciato in data _____

dal Dott. _____

data, _____

FIRMA

Scuola.....

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA
DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI/IN PRESENZA
DI PROGNOSI**

I sottoscritti
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a iscritto/a
a codesta Scuola, Classe Sez Plesso

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (vedi documento medico allegato), consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

**CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON
SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI/IN PRESENZA DI
PROGNOSI**

Si certifica che l'alunno nato il

In seguito all'infortunio o evento avvenuto il che ha comportato un trattamento
con prognosi di giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla
frequenza delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione
Fisica.

Si rilascia al genitore di su propria richiesta

In fede

Timbro e firma del medico