AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "TERESA MATTEI"

Oggetto: **Dichiarazione per la riammissione a scuola in caso di presenza di traumi, medicazioni, suture o apparecchi gessati.**

I sottoscritti_____genitori/(o chi ne fa le veci) dell'alunno/a _____iscritto alla classe _____sez. ___

☐ della scuola infanzia..... - ☐ della scuola primaria.....

☐ Scuola secondaria di primo grado "Francesco "F. Granacci"

dichiarano

di assumersi piene responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a cha ha subito un trauma in data_____ con prognosi fino al_____ consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Data.....

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

.....

.....

.....

Prot. n..... del.....

Visto si autorizza
Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Amalia Bergamasco)

CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON TRAUMI, SUTURE, MEDICAZIONI, APPARECCHI GESSATI.

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