**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI BUCINE (AR)**

**Dichiarazione per la riammissione in caso di presenza di medicazioni, suture o Apparecchi gessati**

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, 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo ……………………… | In fedeFirma dei genitori (o chi ne fa le veci) |
| Data ……/……/….… | ……………………………….. |

**certificato di Riammissione in caso di trattamento con 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo ……………………… | In fedeTimbro e Firma del Medico |
| Data ……/……/….… | ……………………………….. |