

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Giovanni Falcone"
Cascina (PI)

**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 dal regolamento di Istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno/a durante la permanenza dell'ambiente scolastico.

Data, _____

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

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

Si certifica che l'alunno/a _____
nato/a _____ 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.

Data _____

Timbro e Firma del Medico
