

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 disu propria richiesta.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

Allegato 2

Istituto Scolastico

**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 fede
Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

Data/...../.....

.....