

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. "A. D'Avino"
di Striano

OGGETTO: DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI
MEDICAZIONI/SUTURE O APPARECCHI GESSATI

I sottoscritti _____
(Madre) (Padre)

Genitori/Tutori/Affidatario dell'alunna/o

_____ Classe _____ Sez. _____

☐ Scuola dell'Infanzia ☐ Scuola Primaria ☐ Scuola Secondaria di I grado

DICHIARANO

di assumersi la piena responsabilità per il rientro a scuola del figlio/a che ha subito un trauma recente e presenta:

- ☐ Medicazioni
- ☐ suture
- ☐ apparecchi gessati

consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere rispettare le prescrizioni previste nel regolamento d'istituto e le misure organizzative adottate dal dirigente scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico Si allega Certificato medico di riammissione in caso di trattamento con medicazioni/suture o apparecchi gessati.

Striano, _____

In fede

Firma della Madre _____ Firma del Padre _____

OGGETTO: CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON
MEDICAZIONI/SUTURE O APPARECCHI GESSATI

Si certifica che l'alunno alunna/o _____ nato/a il _____
in seguito all'infortunio/evento avvenuto il _____ che ha comportato un trattamento con
prognosi _____ non presenta, da un punto di vista medico, ostacoli alla frequenza delle
lezioni ad esclusione della partecipazione ad attività motoria azione fisica.

Si rilascia al genitore di _____ su propria richiesta.

In fede

Timbro e firma del medico
