



ISTITUTO COMPRENSIVO
A. D'AVINO - STRIANO

Scuola secondaria di primo grado ad indirizzo musicale

80040 - via Monte STRIANO (NA)

Tel 081 8277140 Fax 081 8654746

Posta elettronica

naic855005@istruzione.it PEC:

naic855005@pec.istruzione.it

CODICE FISCALE 82011020631

<http://www.istitutodavinostriano.edu.it>

I.C. "ANTONIO D'AVINO" - STRIANO
Prot. 0009584 del 14/09/2026
IV (Uscita)

Alla Comunità scolastica
All'AlboAgli Atti Al Sito web

OGGETTO: attestazioni e certificati medici per il rientro a scuola in caso di presenza di medicazioni/suture o apparecchi gessati.

Si forniscono alle SS.LL. chiarimenti e indicazioni in merito agli attestati per il rientro a scuola in caso di presenza di medicazioni/suture o apparecchi gessati, precisando che, ai fini della riammissione a scuola è necessario esibire le seguenti:

1. Dichiarazione dei genitori/tutori/soggetti affidatari per la riammissione in caso di presenza di medicazioni suture o apparecchi gessati
2. Certificato di riammissione in caso di trattamento con suture/medicazioni o apparecchi gessati del proprio medico curante

come da modulistica allegata.

Il Dirigente Scolastico
Prof. ssa Fortunata Salerno

Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice
dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

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
