

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI,
SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

I sottoscritti.....(genitore) e (genitore)
dell'alunno/anato/a a.....il
e iscritto/a in questa Scuola, nella classe.....sezione..... del Plesso.....

Dichiara/no

di assumersi ogni responsabilità legata e derivante dal rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito recentemente un, consapevoli di possibili effetti derivanti dallo stare in comunità frequentando la scuola e impegnandosi a sapere e rispettare ogni eventuale addizionale prescrizione e ogni eventuale misura organizzativa adottata dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno, intanto, che esso/a permanga nell'ambiente scolastico.

Luogo.....

In fede

Firma dei genitori

.....
.....

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

Laddove sia infattibile acquisire il consenso scritto di ambedue i genitori, si manifesta che:

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del DPR 245/2000, dichiara di aver compiuto la scelta/richiesta in rispetto delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale prevista dagli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di ambedue i genitori.

Firma del genitore

_____ (genitore)

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

(a cura del medico curante/specialistico)

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.

Luogo.....

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

In fede

Timbro e Firma del Medico
