

**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

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

Firma dei genitori

(o degli esercenti responsabilità genitoriale)

_____ (madre)

_____ (padre)

Laddove sia impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, si dichiara:

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

FIRMA DEL GENITORE

_____ (madre) _____ (padre)

Si allegano:

- Referto ospedaliero
- Documenti genitori

Riservato all'Amministrazione scolastica

Si autorizza

Si autorizza con le seguenti modificazioni di frequenza

Il docente coordinatore/referente di plesso disporrà l'allocazione dell'aula al piano terra;

il docente coordinatore di classe disporrà la collocazione del banco in luogo dell'aula il più protetto possibile;

il personale collaboratore scolastico agevolerà l'accesso/deflusso dall'aula dell'alunno anche mediante ausilio nel trasporto del materiale scolastico (es. zaino);

la famiglia è autorizzata ad accompagnare l'alunno/a in aula;

la famiglia è autorizzata a prelevare l'alunno/alunna dall'aula.

non si autorizza perché

La presente è acquisita al fascicolo personale dell'alunno, è data in copia alla famiglia, è trasmessa al coordinatore di classe e al referente di plesso che fornirà tutte le opportune indicazioni/disposizioni ai collaboratori scolastici.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Anna Commone

**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 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
