

**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

In fede

Data

Timbro e firma del medico

Scuola

ISTITUTO COMPRENSIVO PUDDU

**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 (vedi documento medico allegato), 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.

In fede

Data _____

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)