

**Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo Ardea II**

**OGGETTO:RIAMMISSIONE A SCUOLA DELL'ALUNNO DOPO UN INFORTUNIO E
DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN CASO
DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI, STAMPELLE.**

Il sottoscritto (padre).....
La sottoscritta (madre).....
dell'alunno/ a.....
classe.....plesso.....
.....scuola dell'infanzia
.....scuola primaria
.....scuola secondaria di primo grado
in relazione all'infortunio avvenuto in data.....

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni.

A tal fine

1. allegano il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l' idoneità alla frequenza scolastica nonostante l'infortunio subito;
2. dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste.

Data.....

Firma

(padre).....

(madre).....

**Visto Si concede/Non si concede
il DIRIGENTE SCOLASTICO**