

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Minervini Sisti

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

I sottoscritti _____
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a _____
iscritto/a alla Classe ____ Sez. ____ Scuola _____

DICHIARANO

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio/a 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 eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Con la presente richiedono inoltre:

- ☐ l'uso dell'ascensore per il proprio figlio, accompagnato dal personale scolastico
- ☐ che il proprio figlio venga aiutato all'ingresso, all'uscita e in tutti gli spostamenti dal personale scolastico
- ☐ l'esonero momentaneo dalle attività motorie, come da certificato allegato
- ☐ che l'ingresso a scuola e l'uscita siano posticipate di qualche minuto, per garantire la massima sicurezza
- ☐ altro _____

Con la presente **dichiarano che il/la proprio/a figlio/a, è in grado di frequentare le lezioni senza che ciò comprometta la sua condizione d'infortunato ed esonerano la scuola da ogni responsabilità.**

Rieti, _____

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

Visto si autorizza:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Mara GALLI