

**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 all'IC SISSA
TRECASALI plesso.....classe.....sez.....

Dichiarano

Di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (vedi documento medico allegato), e di sollevare l'istituzione scolastica da possibili responsabilità, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità.

Si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali cambiamenti circa lo stato di salute del proprio/a figlio/a.

Trecasali.....

Firma madre.....

Firma padre.....

Si allega il certificato medico di idoneità alla frequenza scolastica.