

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
SAN CASCIANO VAL DI PESA
Via Empolese, n. 14 - 50026 S. Casciano V.P. (FI)

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

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di San Casciano

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

della classe ____ sez. ____ della Scuola Infanzia Primaria Secondaria

Plesso _____

a seguito di infortunio avvenuto il giorno _____ con prognosi di giorni ____ dal giorno _____

visto il certificato del Dott. _____ del _____

di riammissione a scuola in data _____

considerato che non sussiste una situazione di gravità che impedisca la frequenza scolastica,

DICHIARANO

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, senza nulla esigere dalla scuola per eventuali aggravamenti o danni che si possono verificare in tale periodo.

Si impegnano, inoltre, a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Richiedono inoltre:

- l'esonero dalle lezioni di Attività motoria/Educazione Fisica
- il permesso all'uso dell'ascensore per gli spostamenti all'interno dell'Istituto

San Casciano, _____ Firma dei genitori _____

Visto si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Prof. Marco Poli