

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
Del C.D.Poggiomarino 2 Tortorelle

OGGETTO: DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI  
MEDICAZIONI/SUTURE O APPARECCHI GESSATI

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
(Madre) \_\_\_\_\_ (Padre)

Genitori/Tutori/Affidatario dell'alunna/o

\_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

- Scuola dell'Infanzia       Scuola Primaria

DICHIARANO

di assumersi la piena responsabilità per il rientro a scuola del figlio/a che ha subito un trauma recente e presenta:

- Medicazioni  
 suture  
 apparecchi gessati

consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere rispettare le prescrizioni previste nel regolamento d'istituto e le misure organizzative adottate dal dirigente scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico Si allega Certificato medico di riammissione in caso di trattamento con medicazioni/suture o apparecchi gessati.

Napoli, \_\_\_\_\_

In fede

Firma della Madre \_\_\_\_\_ Firma del Padre \_\_\_\_\_

**OGGETTO: CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON  
MEDICAZIONI/SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

Si certifica che l'alunno alunna/o \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
in seguito all'infortunio/evento avvenuto il \_\_\_\_\_ che ha comportato un trattamento con  
prognosi \_\_\_\_\_ non presenta, da un punto di vista medico, ostacoli alla frequenza delle  
lezioni ad esclusione della partecipazione ad attività motoria azione fisica.

Si rilascia al genitore di \_\_\_\_\_ su propria richiesta.

In fede

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_