Al Dirigente Scolastico
Dell'istituto Comprensivo di Paliano

CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI

Si certifica che l'alunno _____ nato il ____/_____/_____

in seguito all'infortunio o evento avvenuto il ____/____/____ che ha comportato un trattamento con prognosi di _____ giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla frequenza delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione Fisica.

Si rilascia al genitore di _____su propria richiesta.

Luogo _____ Data _____

In fede

Timbro e Firma del Medico

Allegato 2

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/a a codesta scuola, classe _____ sez _____ plesso _____

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Paliano, _____

FIRMA DEI GENITORI
(o degli esercenti responsabilità genitoriale)

_____

_____

Laddove un genitore sia irreperibile, e pertanto sia impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, si dichiara: Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

FIRMA DEL GENITORE
_____(madre)
_____(padre