

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. Dozza- Imolese Castel Guelfo
Dott.ssa Francesca Buglione

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

I sottoscritti _____

Genitori/Tutori/Affidatari dell'alunna/o

_____ Classe _____ Sez. _____

- Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria di I grado

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 e 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.

Data

Firma dei genitori/tutori/affidatari

