**All.to A**

Al Dirigente scolastico

 I.C. Rachel Behar

RICHIESTA RIAMMISSIONE A SCUOLA DELL’ALUNNO DOPO UN INFORTUNIO E DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI, CARROZZINE O STAMPELLE.

Il sottoscritto (padre)

La sottoscritta (madre)

Dell’alunno/a……………………………………………………....................................... della classe……………… Plesso……………................ In relazione all’infortunio avvenuto in data ................

CHIEDONO

che il /la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni. A tal fine

1. Allegano il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l’idoneità alla frequenza scolastica nonostante l’infortunio subito;
2. Dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, impegnandosi 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 pratiche di Educazione Fisica dal ...... fino al ......... come da certificato medico allegato.
	+ L’autorizzazione ad entrare alle ore…………………fino al giorno…………………..
	+ L’autorizzazione ad uscire alle ore…………………fino al giorno…………………….

(verrà prelevato dal genitore o da persona

delegata )

In caso di uscite didattiche la partecipazione dell’alunno/a verrà valutata in base alla gravità dell’infortunio.

Data………………………………..

Firma Padre……………………………………………….. Madre………………………………………………

Si concede

 Visto il DIRIGENTE SCOLASTICO