

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell'Istituto Comprensivo M. Hack
Plesso _____

Oggetto: Richiesta di riammissione a scuola con apparecchi gessati / punti di sutura e specifiche organizzative

I sottoscritti _____ e _____

in qualità di ☐ genitori ☐ tutori legale dell'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Frequentante la scuola: ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria I grado

☐ Le Pagode ☐ Greppi ☐ Calvino ☐ D'Acquisto ☐ Galilei

Classe _____ Sezione _____

CHIEDONO

la riammissione alla frequenza delle lezioni scolastiche per il/la proprio/a figlio/a a decorrere dal giorno ____/____/____, a seguito di infortunio/intervento che ha comportato l'applicazione di:

☐ Apparecchio gessato / Tutore rigido al seguente arto: _____

☐ Punti di sutura / Cerotti da sutura nella seguente zona: _____

A tal fine, in relazione alle condizioni di mobilità dell'alunno/a,

RICHIEDE INOLTRE LE SEGUENTI MISURE COMPENSATIVE

1. UTILIZZO DELL'ASCENSORE (Selezionare la voce d'interesse)

☐ CHIEDE l'autorizzazione all'utilizzo dell'ascensore della scuola per l'accesso alle aule/laboratori situati ai piani superiori. L'alunno/a sarà accompagnato/a da un collaboratore scolastico o da personale docente.

☐ NON RICHIEDE l'utilizzo dell'ascensore (le aule sono al piano terra o la mobilità non è compromessa).

2. FLESSIBILITÀ ORARIA PER INGRESSO E USCITA (Al fine di evitare assembramenti e urti accidentali)

☐ INGRESSO: Chiede che l'alunno/a possa accedere all'edificio scolastico con modalità protetta:

☐ Anticipata di _____ minuti rispetto all'orario ordinario.

☐ Posticipata di _____ minuti rispetto all'orario ordinario.

☐ USCITA: Chiede che l'alunno/a possa uscire dall'edificio scolastico con modalità protetta:

☐ Anticipata di _____ minuti rispetto all'orario ordinario.

☐ Ordinaria, ma uscendo per ultimo/a dopo il deflusso delle altre classi.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Che l'alunno/a è in condizioni di salute idonee a frequentare la comunità scolastica, **come da certificazione medica allegata alla presente richiesta** (la documentazione è obbligatoria e deve attestare la possibilità di frequenza scolastica).
- Di esonerare l'Istituzione Scolastica, il Dirigente e tutto il personale da ogni responsabilità per eventuali danni o complicità derivanti dalla presenza del gesso/tutore/suture, che non siano riconducibili a carenze nella normale vigilanza.
- Di aver ampiamente istruito l'alunno/a sulla necessità di mantenere un comportamento prudente, evitando corse, giochi animati o sforzi che possano compromettere la propria o l'altrui incolumità.

SI IMPEGNA INOLTRE A

1. Accettare l'esonero temporaneo dell'alunno/a dalle attività pratiche di Scienze Motorie/Educazione Fisica e dai giochi motori liberi durante la ricreazione.
2. Garantire la massima reperibilità telefonica propria o di un delegato maggiorenne per tutta la durata dell'orario scolastico.
3. Provvedere personalmente (o tramite delegati) all'accompagnamento e al ritiro dell'alunno/a dall'edificio scolastico negli orari concordati.

Si allega:

- **Certificato medico ospedaliero o del Pediatra/Medico di base attestante l'idoneità alla frequenza scolastica e le specifiche prescrizioni sulla mobilità.**

Luogo e data: _____

Firma dei Genitori / Tutore

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

I sottoscritti autorizzano L'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell'ambito e per i fini propri dell'amministrazione scolastica (D.Lvo 196/2003 e successivo GDPR 2016/679)

(padre)_____ (madre)_____

☐ SI AUTORIZZA

☐ NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO