AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. “Margherita Hack” di San Donato Milanese

OGGETTO. RICHIESTA/DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI



genitori (o chi ne fa le veci) dell’alunno/a

Frequentante la Scuola

Sez 

in relazione all’infortunio avvenuto in data (vedi documento medico allegato)

 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 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 c rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

E CHIEDONO INOLTRE:

|  | L’esonero dalle lezioni pratiche di Alfabetizzazione Motoria/Educazione Fisica dal…………. Fino al …………………….. come da certificato medico allegato |
| --- | --- |

|  | Il permesso all’uso dell’ascensore per gli spostamenti all’interno dell’istituto |
| --- | --- |
|  | L’autorizzazione ad entrare alle ore……………fino al giorno………….. |
|  | L’autorizzazione ad uscire alle…………. fino al giorno…………(verrà prelevato dal genitore…………………..o da persona delegata…………………… |

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

# Si allega documentazione medica.

Data:

In fede

 (padre)

 (madre)

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)

 Firma

# [] SI AUTORIZZA

[] NON SI AUTORIZZA

 (padre)

 (madre)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

ARCH. ENRICO SARTORI