

**Al Dirigente scolastico**  
**I.C. VIA PALESTRO**  
**ABBIATEGRASSO (MI)**

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

	INFANZIA
	PRIMARIA
	SECONDARIA

### 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 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 ore _____ 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_ (padre)

\_\_\_\_\_ (madre)

Si concede

Visto il DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

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  
\_\_\_\_\_ (padre)

\_\_\_\_\_ (madre)