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

I sottoscritti ……………………………………..……………………..…………………………………………………………………….esercenti

responsabilità genitoriale sull’alunno/a ……………………………………………………….…………………….……………………..

iscritto/a alla scuola ………………………………………………………… classe ……….… sez……… dichiarano di assumersi

piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (vedi

documento medico allegato), consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e

impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le eventuali

misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

In fede

Firma dei genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_