

**OGGETTO: DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI
APPARECCHI GESSATI, SUTURE, MEDICAZIONI**

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno _____
frequentante la classe/sez. _____ della scuola dell'infanzia/ primaria/secondaria
di primo grado _____

DICHIARANO

- di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola del/la proprio/a figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze che potrebbero derivare dalla vita in comunità;
- di essere a conoscenza e di rispettare le prescrizioni previste nel Regolamento di Istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno/a durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Allegano:

1. Documentazione medica attestante il trauma
2. Certificazione medica attestante che da un punto di vista clinico non ci sono ostacoli a che l'alunno possa frequentare le lezioni.

Treviso, _____

Firma dei genitori

NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE, COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle
conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR245/2000, dichiara di aver
effettuato la scelta/richiesta, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter
e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____

Firma _____