

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome del genitore/tutore _____

in qualità di **genitore / esercente la responsabilità genitoriale** dell'alunno/a:

Nome e Cognome dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il // _____,

frequentante la classe/sez _____ della Scuola _____

CHIEDE

la riammissione a scuola del proprio/a figlio/a a partire dal giorno // _____ a seguito di:

☐ Infortunio avvenuto in data // _____

☐ Intervento medico / chirurgico del // _____

☐ Presenza di:

☐ gesso

☐ punti di sutura

☐ medicazioni

☐ altri dispositivi ortopedici: _____

AUTOCERTIFICAZIONE DEI GENITORI ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a **dichiara sotto la propria responsabilità:**

- di essere pienamente a conoscenza dello stato di salute del/la proprio/a figlio/a;
- che il/la minore è stato/a sottoposto/a a visita medica e che non sussistono controindicazioni alla frequenza scolastica;
- di essere consapevole che la presenza a scuola avverrà **con le limitazioni prescritte dal medico**, come indicato nel certificato allegato;
- di assumersi ogni responsabilità in ordine all'eventuale aggravarsi della condizione clinica per fatti non dipendenti dall'azione della scuola;
- di impegnarsi a collaborare con il personale scolastico nel rispetto delle disposizioni fornite dalla dirigenza;
- di sollevare l'Istituto da responsabilità civili per fatti direttamente connessi allo stato fisico derivante dall'infortunio, purché siano rispettate tutte le precauzioni indicate.

Luogo e data: _____

Firma del genitore / tutore: _____

Firma del genitore / tutore: _____

ALLEGA:

1. **Certificato medico** rilasciato in data // _____ da:

☐ Pediatra di libera scelta

☐ Medico di base

☐ Struttura ospedaliera / sanitaria _____

che attesta:

○ l'idoneità alla frequenza scolastica;

○ eventuali limitazioni / raccomandazioni: _____

2. **Fotocopia di un documento di identità valido**