Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Martiri della Libertà

Sesto San Giovanni

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante nel corrente anno scolastico 20\_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_

scuola infanzia 🞎 E. Marelli 🞎 Monte San Michele

scuola primaria 🞎 Martiri della Libertà 🞎 B. Oriani

scuola secondaria I grado 🞎 Don L. Milani

in relazione all’infortunio avvenuto in data ……………………………………. (v. denuncia di infortunio e/o altri verbali /certificazione medica del …………………………. con prognosi di gg. ………………………. )

**CHIEDONO**

che il/la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni.

A tal fine

* allegano il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l’idoneità alla frequenza scolastica nonostante l’infortunio subito;
* 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 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Spazio riservato all’Istituzione Scolastica**  Prot. ……………………… del ……………………….  AI GENITORI DELL’ALUNNO/A  AI DOCENTI DI CLASSE  **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**   * vista la richiesta dei genitori * visto il certificato medico allegato   **AUTORIZZA LA RIAMMISSIONE ALLE LEZIONI DELL’ALUNNO**  La presente autorizzazione può essere revocata in qualsiasi momento, se e quando la partecipazione alle normali attività educative/didattiche si riveli pericolosa per l’alunno stesso o per i suoi compagni.  Il Dirigente Scolastico  Dott.ssa Catia Di Gennaro |