**Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.C. GIGI PROIETTI**

**Roma**

**Oggetto: Riammissione a scuola dell’alunn\_ dopo l’infortunio**

# I sottoscritti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitori/tutori dell’alunn\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

della classe \_\_\_\_ sez.\_\_\_\_ plesso **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** a. s. 20\_\_\_/20\_\_\_

in relazione all’infortunio avvenuto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c a scuola c in orario extrascolastico

*CHIEDONO*

che \_l\_ propri\_ figli\_ possa essere riammess\_ a frequentare le lezioni, sollevando la Scuola da ogni eventuale responsabilità.

**A tal fine allega l’attestazione rilasciata dal medico curante, ove si specifica l’idoneità alla frequenza scolastica nonostante l’infortunio subito, l’eventuale esonero dalle lezioni pratiche di educazione fisica e l’eventuale necessità di utilizzare l’ascensore in entrata/uscita**.

Vista l’attestazione allegata si chiede:

* l’esonero dalle lezioni pratiche di Educazione Fisica dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* il permesso all’uso dell’ascensore per gli spostamenti all’interno dell’Istituto (laddove presente).

Durante tale periodo l’entrata sarà posticipata di 10 minuti e l’uscita anticipata di 10 minuti.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firme degli esercenti la responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **NOTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO** |
| ***VISTO****:* □ si concede □ non si concede Il Dirigente scolasticoProf. Flavio DE CAROLIS |

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.C. “GIGI PROIETTI”**

**ROMA**

**ATTESTAZIONE DI RIAMMISSIONE A SCUOLA**

**IN CASO DI TRATTAMENTO CON SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI**

Si attesta che l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in seguito all’infortunio o evento avvenuto il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che ha interessato la seguente parte del corpo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e ha comportato un trattamento con prognosi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni, dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

non presenta, da un punto di vista medico, ostacoli alla frequenza delle lezioni, **ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione fisica.**

c Si richiede l’uso dell’ascensore per i movimenti interni all’Istituto.

c Non si richiede l’uso dell’ascensore per i movimenti interni all’Istituto.

Si rilascia al genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su propria richiesta.

In fede.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico