

RIAMMISSIONE A SCUOLA DI ALUNNO IN CASO DI:

☐ **INFORTUNIO**

☐ **INTERVENTO CHIRURGICO**

Al Dirigente Scolastico
I.C. ROSETTA ROSSI
ROMA

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Frequentante la classe _____ di Scuola _____

(Infanzia, Primaria, Secondaria), in relazione all'infortunio avvenuto in data _____

C H I E D E

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

A tal fine, allega certificazione medica comprovante l'idoneità alla frequenza nonostante l'infortunio subito.

Richiede inoltre:

☐ l'esonero dalle lezioni pratiche di scienze motorie e sportive dal _____ al _____

Come da certificato medico allegato

☐ l'autorizzazione ad entrare alle ore _____ fino al giorno _____

☐ l'autorizzazione ad uscire alle ore _____ fino al giorno _____

(sarà prelevato/a dal genitore o dalla persona da lui appositamente delegata)

☐ il/la sottoscritt_ solleva l'amministrazione scolastica da qualsiasi responsabilità inerente un aggravio della patologia per la quale il/la propri_ figli_ si è assentat_ dalle lezioni

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nella presente istanza nell'ambito e per i fini propri dell'amministrazione scolastica (D.L.vo 30 giugno 2003, n. 196)

Data _____

Firma _____