

DICHIARAZIONE DEI GENITORI PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI  
MEDICAZIONE SUTURE O APPARECCHI GESSATI

I Sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

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

Frequentante nell'anno scolastico 2022/2023/2024 la classe.....sez.....

Del Plesso \_\_\_\_\_

DICHIARANO

Di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito

\_\_\_\_\_ (vedi certificato medico allegato), consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Roma, \_\_\_\_\_

In fede

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