Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo di Rosciano

**RICHIESTA DI RIAMMISSIONE ALUNNO A SCUOLA DOPO INFORTUNIO -**

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE E ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA’

Il /La sottoscritto/a… genitore del/la

bambino/a iscritto/a presso la

scuola… dichiara che il/la proprio/a figlio/a è

stato/a assente dal…………..….…… al………………….

causa……………………………………………………………………………………

Dichiara inoltre di aver contattato il proprio pediatra dottor/ssa… e

di essersi attenuto alle indicazioni ricevute, sia per quanto riguarda la terapia sia per quanto riguarda il periodo di assenza.

Dichiara altresì che il proprio/ figlio/a può essere riammesso alla frequenza tenendo conto sia dell’età del bambino/a, degli impedimenti relativi alla non completa autonomia dovuti alla temporanea ingessatura/medicazione nel rispetto del patto di corresponsabilità tra scuola e famiglia.

A tal fine allega il certificato medico rilasciato dal medico curante, comprovante l’idoneità alla frequenza nonostante l’infortunio subito.

Richiede, infine:

* Esonero dalle lezioni pratiche di educazione fisica dal fino al giorno come da certificato medico allegato
* L’autorizzazione ad entrare alle ore fino al giorno
* L’autorizzazione ad uscire alle ore fino al giorno (verrà a prelevarlo il genitore o persona da lui delegata )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, In fede

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Si Concede

Visto IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Barbara BERNARDONE