

**RIAMMISSIONE A SCUOLA IN CORSO D'INFORTUNIO O  
INTERVENTI RIGUARDANTI LA SALUTE**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
di Mozzecane

Io sottoscritto/a .....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe/sez. .... della Scuola

Secondaria di 1° grado di .....

Primaria di .....

In relazione a:

Infortunio avvenuto in data .....(v. certificazione medica del .....)  
con prognosi di gg. ....)

Intervento avvenuto in data .....(v. certificazione medica del .....)  
con prognosi di gg. ....)

CHIEDE

che il proprio figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni nonostante la prognosi di gg. .... per infortunio/intervento 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 dal genitore o dalla persona da lui appositamente delegata)

Dichiara di sollevare la scuola da ogni responsabilità e si impegna a comunicare per iscritto qualsiasi variazione che dovesse intervenire nella prognosi e nella diagnosi.

Allega: Certificato medico (con indicazione che l'alunno/a può essere riammesso/a alla frequenza delle 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 196/2003)

Data , .....

Firma del genitore

.....

## Norme per la tutela degli infortunati temporanei

Preso atto che l'alunno/a ..... Rientra a scuola il giorno .....

Valutato il suo stato di mobilità ridotta a causa .....

Sono adottate le seguenti misure a tutela della sicurezza:

1. Collocazione della classe ..... in un'aula adiacente alle vie di fuga;
2. Accompagnamento dell'alunno/a in classe all'inizio delle lezioni e fuori dalla classe al termine delle lezioni da parte di un genitore o di un suo delegato;
3. Accompagnamento ai servizi da parte di un collaboratore scolastico;
4. Ricreazione assistita, in posizione dei pressi di un docente.

Il genitore

Il/La responsabile di plesso

---

---

## Spazio riservato all'Istituzione Scolastica

Prot. n. \_\_\_\_\_ 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  
*Prof.ssa Lidia Ventrini*

---