

**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
