



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "G. Cavalcanti"

Via Cavalcanti 11 – 20098 San Giuliano Milanese – Tel. 02 9848341

Cod.fisc: 80124230154–Cod.iPA: istsc_miic8em00q–Cod.univoco:UFEBXL Sito:www.icscavalcanti.edu.it

E-mail: miic8em00q@istruzione.it – PEC: miic8em00q@pec.istruzione.it

Al Dirigente scolastico
dell'IC Cavalcanti

RIAMMISSIONE A SCUOLA DELL'ALUNNO DOPO UN INFORTUNIO E DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI, CARROZZINE O STAMPELLE.

Il/la sottoscritto/a _____ (genitore 1)
Il/la sottoscritto/a _____ (genitore 1)
Il/la sottoscritto/a _____ (tutore legale)
dell'alunno/a _____
della classe _____

PLESSO

RODARI

CAVALCANTI

BEZZECA

PIAGET

MARCOLINI

in relazione all'infortunio avvenuto in data _____ (vedi denuncia di infortunio e/oaltri verbali)

CHIEDONO

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

A tal fine

1. allegano il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica nonostante l'infortunio subito;
2. dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni

previste nel Regolamento di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Richiedono inoltre:

L'esonero dalle lezioni pratiche di Alfabetizzazione Motoria/Educazione Fisica dal _____ fino al _____ come da certificato medico allegato.

Il permesso all'uso dell'ascensore per gli spostamenti all'interno dell'istituto.

L'autorizzazione ad entrare alle ore _____ fino al giorno _____

L'autorizzazione ad uscire alle ore _____ fino al giorno _____ (verrà prelevato dal genitore _____ o da persona delegata _____)
--

In caso di uscite didattiche la partecipazione dell'alunno verrà valutata in base alla gravità dell'infortunio.

Data _____

Firma

_____ (genitore 1)

_____ (genitore 2)

_____ (tutore legale)

Si concede

Visto il DIRIGENTE SCOLASTICO

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

I sottoscritti autorizzano l'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell'ambito e per i fini propri dell'amministrazione scolastica (D.Lvo 196/2003 e successivo GDPR 2016/679)

Firma

Firma

_____ (genitore 1)

_____ (genitore 2)

_____ (tutore legale)