



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](http://www.icscavalcanti.edu.it)

E-mail: [miic8em00q@istruzione.it](mailto:miic8em00q@istruzione.it) – PEC: [miic8em00q@pec.istruzione.it](mailto: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 _____<br>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 _____<br>(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 )