

ISTITUTO COMPRENSIVO  
PIETRASANTA2°

Scuola.....

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA  
DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

I sottoscritti .....  
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a ..... iscritto/a  
a codesta Scuola, Classe ..... Sez ..... Plesso .....

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (vedi documento medico allegato), consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)