



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo "Via Santi Savarino"
Via Santi Savarino, 16 – 00128 Roma ☎ 06/5083954 fax
06/50799553 rmic8fg00a@istruzione.it rmic8fg00a@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
I.C. Via Santi Savarino

Oggetto: richiesta frequenza scolastica alunno/a infortunato/a o con impedimento.

I sottoscritti _____,

genitori/tutori dell'alunno/a _____

della classe ___ sez. ___ plesso _____

A.S. . 20__/20____

CHIEDONO

l'autorizzazione alla frequenza del proprio/a figlio/a infortunato/a e dichiarano di sollevare la scuola da ogni eventuale responsabilità; a tal fine allegano il certificato medico in cui si attesta che il medesimo, nonostante l'infortunio subito o l'eventuale impedimento (in caso di ingessature, fasciature, punti di sutura ecc.), è idoneo alla frequenza scolastica, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione fisica.

Inoltre sollevano da ogni responsabilità la scuola da eventuali danni e/o aggravamenti dello stato sanitario dell'alunno/ a per l'infortunio/ evento , che dovessero eventualmente verificarsi e tenere indenne l'Amministrazione da ogni richiesta/ rivalsa.

Roma,

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI

CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON MEDICAZIONI,
SUTURE O APPARECCHI GESSATI

Si certifica che l'alunno/a _____ nato a _____
il _____ iscritto presso l'I.C. Santi Savarino
Classe _____ Sez. _____ Plesso _____, in
seguito all'infortunio o evento avvenuto il _____ che
ha comportato un trattamento con prognosi di _____ giorni, non presenta da un
punto di vista medico ostacoli alla frequenza delle lezioni, ad esclusione della
partecipazione ad attività motorie.

Si rilascia al genitore di _____ su propria richiesta.

Roma, _____

In fede

Timbro e firma del medico