

Istituto Scolastico

**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, 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.

Luogo

In fede
Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

Data/...../.....

.....