

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

"VAL LIONA"



Via San Giovanni Bosco, 4
36040 SOSSANO (VI)
Tel. 0444 888143
viic89000e@istruzione.it
www.icsossano.edu.it



Al Dirigente
scolasticodell'IC Val
Liona di Sossano

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 sottoscritto _____ (padre)

La sottoscritta _____ (madre)

dell'alunno/a _____

della classe _____

Plesso _____

in relazione all'infornio avvenuto in data _____ (vedi denuncia di infornioe/o altri 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' infornio 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.

Data _____

Firma

(padre)
(madre)

Visto Si concede/Non si concede

il DIRIGENTE SCOLASTICO
