

Al Dirigente Scolastico  
**Dell'I.C. Puddu**

**CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO  
CON SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI**

Si certifica che l'alunno/alunna \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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 o di educazione Fisica.

Si rilascia al genitore di \_\_\_\_\_ su propria richiesta.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
Dell'I.C. Puddu

**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/alunna \_\_\_\_\_  
iscritto/iscritta a codesta Scuola, Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/figlia 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.

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data, .....