

ISTITUTO COMPRENSIVO “EMMA CASTELNUOVO” – LATINA

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

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

I sottoscritti
genitori dell'alunno/a
iscritto/a alla scuola classe sez.....

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 eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

In fede

Firma dei genitori

