

DICHIARAZIONE DEI GENITORI PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI
MEDICAZIONE SUTURE O APPARECCHI GESSATI

I Sottoscritti _____

Genitori dell'alunno/a _____

nato a _____ il _____

Frequentante nell'anno scolastico 2022/2023/2024 la classe.....sez.....

Del Plesso _____

DICHIARANO

Di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito

_____ (vedi certificato 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.

Roma, _____

In fede

