
(luogo e data)

Spett.le
I.C. Valledelaghi-Dro
Via Roma, 3
38096 VALLELAGHI

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI
MEDICAZIONE, SUTURE O APPARECCHI GESSATI PER INFORTUNI AL
DI FUORI DELL'ORARIO SCOLASTICO**

I sottoscritti _____
genitori (o chi ne esercita la responsabilità genitoriale) dell'alunno/a
_____ iscritto/a a codesto Istituto comprensivo,
classe _____ sez. _____ Scuola Primaria Scuola Secondaria di _____

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio/a figlio/a che ha subito un trauma/intervento recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno/a durante la permanenza nell'ambito scolastico.

In fede.

Firma dei genitori (o chi ne esercita la responsabilità genitoriale)
