



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

VIA CENEDA

RMIC8GE009

Via Ceneda, 26-00183 Roma ☎ tel.0677209730 fax0677079322

✉ rmic8ge009@istruzione.it ✉ rmic8ge009@pec.istruzione.it

www.comprensivoceneda.edu.it

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/a _____

iscritto/a alla Classe _____ Sez. _____ Plesso _____

dichiarano

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

Roma, _____

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

N.B.: Allegare certificato medico dal quale si evinca che l'alunno/a possa riprendere le lezioni anche in presenza di medicazioni, suture, o apparecchi gessati.