

RICHIESTA DI RIENTRO A SCUOLA IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, GESSI, CARROZZINA STAMPALLE, PROGNOSE MEDICA

I sottoscritti _____
genitori di _____ frequentante la scuola
 dell'infanzia primaria secondaria di I grado classe / sezione _____
nel plesso _____

DICHIARANO DI ESSERE PIENAMENTE CONSAPEVOLI

- delle condizioni di salute del/la proprio/a figlio/a
- di quanto comunicato dal medico / pediatra / pronto soccorso
- della terapia in atto, della diagnosi e della prognosi
- delle prescrizioni necessarie al recupero dello stato di salute del/la proprio/a figlio/a
- delle barriere architettoniche e caratteristiche strutturali presenti nel plesso
- che il rientro a scuola contro il parere del medico comporta la mancata copertura della polizza integrativa relativa a infortuni e responsabilità civile

COMUNICANO

Di aver chiesto al pediatra / medico curante medico del pronto soccorso di attestare la possibilità di frequenza a scuola il/la quale:

- ha rilasciato il documento che si allega
 non ha rilasciato documenti scritti perché _____

CHIEDONO

assumendosi ogni responsabilità per questa scelta (medica, assicurativa, legale...) la riammissione del/lla proprio/a figlio/a a scuola, impegnandosi a rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le eventuali misure organizzative adottate dall'Istituto.

ALLEGANO

La documentazione medica necessaria alla valutazione della richiesta

Data e luogo _____

In caso di compilazione con unico nominativo e/o firma unica, visti gli artt. 315, 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile e il decreto legislativo del 28 dicembre 2013, n. 154 art. 39, chi firma dichiara di aver condiviso la decisione con l'altro genitore.

Firma _____ Firma _____