

RICHIESTA DI RIAMMISSIONE A SCUOLA E DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEI GENITORI PER ALUNNI CON GESSI, SUTURE, TUTORI O STAMPELLE

**Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Comprensivo di Zevio**

I sottoscritti _____ e _____
genitori (o esercenti la responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____
iscritto/a alla classe _____ sez. _____ della scuola (plesso) _____
a.s. 20____/20____

A. Richiesta di riammissione

chiedono la riammissione a scuola del/della proprio/a figlio/a, a seguito di:

(es. infortunio domestico, sportivo, intervento chirurgico)

Presidio presente: ☐ Gesso ☐ Tutore ☐ Punti di sutura ☐ Stampelle

☐ Altro: _____

B. Documentazione medica allegata

☐ Referto medico/ospedaliero relativo all'infortunio con prognosi di giorni _____

☐ Certificazione del medico curante (pediatra o medico di medicina generale) attestante l'idoneità alla frequenza scolastica

Eventuali limitazioni o prescrizioni indicate dal medico:

Eventuale esonero da attività specifiche (es. educazione motoria, laboratori):

***La certificazione di idoneità alla frequenza è condizione indispensabile per la valutazione della richiesta.**

C. Dichiarazione dei genitori

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli delle limitazioni e dei rischi connessi alla permanenza a scuola del/della figlio/a nelle condizioni sopra descritte, si impegnano a rispettare le disposizioni organizzative adottate dalla scuola e a segnalare tempestivamente ogni variazione dello stato di salute del minore.

Zevio, _____

_____ Firma del genitore / esercente responsabilità	_____ Firma del genitore / esercente responsabilità
--	--

(In caso di firma di un solo genitore, il sottoscrittore dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale).

RISERVATO ALLA SCUOLA

Valutazione e provvedimento del Dirigente Scolastico

Valutazione delle misure organizzative:

- ☐ Nessuna misura organizzativa specifica necessaria
- ☐ Ingresso posticipato di minuti _____ / Uscita anticipata di minuti _____
- ☐ Collocazione dell'aula al piano terra / spazio accessibile
- ☐ Utilizzo di ascensore / montacarichi
- ☐ Supporto del personale ausiliario negli spostamenti interni
- ☐ Verificata la capacità di evacuazione autonoma in sicurezza
- ☐ Esonero dalle attività pratiche di Scienze Motorie e Sportive
- ☐ Altre prescrizioni:

Esito della richiesta:

- ☐ Riammissione **AUTORIZZATA** a decorrere dal _____ con le prescrizioni sopra indicate
- ☐ Riammissione **NON ACCOLTA** per le seguenti motivazioni:

	IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Zevio, _____	<i>Prof. Paolo D'Angelo</i>