

MODULO DI COMUNICAZIONE / RICHIESTA PER ALUNNI CON GESSI, SUTURE, TUTORI O STAMPELLE

(da presentare alla Segreteria prima del rientro a scuola)

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 seguito di infortunio o intervento chirurgico, con presenza del seguente presidio:

☐ Gesso ☐ Tutore ☐ Punti di sutura ☐ Stampelle ☐ Altro: _____

Durata prevista della limitazione / prognosi (se nota): circa giorni _____

SCelta DELLA CASISTICA (barrare obbligatoriamente il caso A o B):

☐ CASO A – RICHIESTA DI SUPPORTO E ASSISTENZA SCOLASTICA

I sottoscritti dichiarano che il/la proprio/a figlio/a necessita di supporto o limitazioni durante la permanenza a scuola (es. assistenza negli spostamenti, uso dei servizi, esonero dall'educazione motoria). A tal fine **si allega obbligatoriamente la certificazione del medico curante / pediatra di libera scelta** attestante l'idoneità alla frequenza della vita scolastica e le specifiche prescrizioni.

Eventuali limitazioni o esoneri richiesti: _____

☐ CASO B – ALUNNO PIENAMENTE AUTONOMO (Nessuna assistenza richiesta)

I sottoscritti dichiarano sotto la propria personale responsabilità che il/la proprio/a figlio/a, pur indossando il presidio medico sopra indicato, è **pienamente autonomo/a** negli spostamenti, nella gestione personale e nell'uso dei servizi igienici, e **non necessita di alcun intervento o ausilio** da parte del personale scolastico (limitandosi la scuola alla normale sorveglianza di prossimità). **Per questa opzione non è richiesto alcun certificato medico di idoneità.**

DICHIARAZIONI, IMPEGNI E CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

1. **Responsabilità:** i sottoscritti dichiarano di essere consapevoli delle condizioni di salute del minore e dei rischi connessi, e si impegnano a rispettare rigorosamente le disposizioni organizzative adottate dalla scuola.
2. **Clausola di verifica e salvaguardia:** i sottoscritti prendono atto che la scuola si riserva la facoltà di verificare in itinere la rispondenza al vero delle dichiarazioni rese. **Qualora, nonostante la scelta del Caso B (alunno autonomo), si riscontrassero in ambiente scolastico effettive difficoltà di deambulazione, di spostamento o esigenze di**

assistenza non dichiarate, la scuola provvederà a contattare immediatamente la famiglia per sospendere la frequenza autonoma in attesa dell'integrazione con la certificazione medica e l'organizzazione formale del supporto (Caso A).

3. I sottoscritti si impegnano altresì a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione dello stato di salute del minore.

Zevio, _____

Firme dei genitori (o di chi ne fa le veci)*:

_____ / _____

(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

☐ **CASO A (Riammissione con supporto e assistenza):** Acquisita la certificazione del medico curante/pediatra. Riammissione **AUTORIZZATA** a decorrere dal _____ subordinata all'attivazione delle seguenti misure organizzative:

☐ Ingresso/uscita differenziati ☐ Utilizzo ascensore / montacarichi

☐ Supporto del personale ausiliario negli spostamenti interni

☐ Esonero dalle attività pratiche di Scienze Motorie

☐ Altre prescrizioni:

☐ **CASO B (Presa d'atto - Alunno autonomo):** acquisita la comunicazione della famiglia. Alunno ammesso alla normale frequenza con sorveglianza di prossimità da parte del personale di plesso. (Nessun certificato medico di idoneità preteso, conformemente alle disposizioni di sicurezza e prevenzione).

☐ **NON ACCOLTA / SOSPESA** per le seguenti motivazioni (es. discrepanza tra autonomia dichiarata e reali condizioni rilevate):

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