**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 presso l’ istituto Comprensivo di Olevano Romano, Classe………………..Sez………………

DICHIARANO

Di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (come da documentazione medica allegata), consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

In Fede

Firma dei genitori ( o chi ne fa le veci) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente si richiede l’uso dell’ascensore per l’entrata e l’uscita dalle lezioni.