



Istituto Comprensivo Armando Sforzi

via Sezioni, 235 - 55054 Piano di Conca (Lu) - tel 0584-996694 fax 0584-997365
e-mail: luic83100x@istruzione.it sito: www.massarosadue.gov.it

Circ.n. 76

A tutti i docenti
Ai Collaboratori Scolastici
Ai Responsabili Genitoriali
Scuole infanzia, primarie e
Secondaria di 1° grado dell'istituto

OGGETTO: Riammissione in caso di presenza di medicazioni, suture o apparecchi gessati –
Disposizioni.

Si ricorda alle SS.LL. che in caso un/una alunno/a si presenti a scuola con medicazioni, suture o apparecchi gessati può essere accolto **soltanto** se munito della **sottoelencata documentazione** che alleghiamo alla presente (comunque già disponibile nella modulistica sul sito):

- 1) Dichiarazione per la riammissione in caso di presenza di medicazioni, suture o apparecchi gessati firmata dai genitori;**
- 2) Certificato di riammissione in caso di trattamento con suture/medicazioni/apparecchi gessati firmato dal medico.**

Ci vediamo purtroppo costretti a ribadire quanto sopra poiché si sono verificati casi di alunni/e che sono stati accettati/e in classe pur essendone sprovvisti.

F.TO La Dirigente Scolastica
(Dott.ssa Anna Fausti)

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'Art. 3 comma 2 del D.lgs n. 39/1993)

Allegato 2

Istituto Scolastico

**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 a
codesta Scuola, Classe Sez Plesso
dichiarano

di assumersi piena 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 conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Luogo

In fede
Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

Data/...../.....

.....

**CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON
SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI**

Si certifica che l'alunno nato il/...../.....
In seguito all'infortunio o evento avvenuto il/...../..... che ha comportato un trattamento
con prognosi di giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla
frequenza delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione
Fisica.

Si rilascia al genitore di su propria richiesta.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....