

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "G. BUFALINO"
DI PEDALINO**

OGGETTO: Richiesta di riammissione in classe/sezione con limitazioni funzionali temporanee (gesso, ferite, interventi, ecc.).

I sottoscritti _____ nato/a a _____ il _____ e
_____ nato/a a _____ il _____ genitori
dell'alunno/a _____ nato/a a
_____ il _____ iscritto/a per l'a.s. _____ alla
classe/sez. _____ della Scuola _____ di codesto Istituto,

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a, a seguito di (barrare la voce interessata):

- ☐ Infortunio con applicazione di apparecchio gessato / bendaggio funzionale;
- ☐ Intervento chirurgico con presenza di punti di sutura / medicazioni;
- ☐ Ferita o altra condizione medica che richiede particolari cautele;

nello specifico a carico di: _____

- di essere consapevoli delle limitazioni motorie derivanti da tale condizione;
- di aver consultato il medico curante, il quale ha rilasciato certificazione medica che attesta la prognosi e l'**esonero dalla frequenza dell'attività motoria/fisica/ludica** (come da certificato allegato) fino al _____;
- che, sulla base delle indicazioni mediche ricevute e della propria valutazione del quadro clinico, ritengono il/la proprio/a figlio/a in grado di frequentare le lezioni in sicurezza, fatte salve le limitazioni motorie sopra descritte.

SI IMPEGNANO A

1. Istruire il/la proprio/a figlio/a affinché mantenga un comportamento prudente, evitando situazioni di rischio (giochi dinamici, corse, contatti) per sé e per i compagni.
2. Far rispettare le indicazioni dei docenti in merito agli spostamenti nei locali scolastici.
3. Provvedere al ritiro dell'alunno/a in caso di necessità o disagio segnalati dalla scuola.

CHIEDONO

- che il/la proprio/a figlio/a sia riammesso/a alle lezioni a partire dal giorno _____;
- di **sollevare l'Istituzione Scolastica e il personale docente da ogni responsabilità** per eventuali complicazioni della lesione preesistente o per ulteriori infortuni legati alla presenza di presidi medici (gessi, punti, ecc.).

SI ALLEGA

1. Certificato medico con indicazione della prognosi e dell'esonero dall'attività fisica.

_____, lì _____

Firma dei genitori

Si autorizza _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO