



**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 \_\_\_\_ 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'ambito scolastico.

Luogo Data \_\_\_\_\_

In Fede

Firma dei genitori (o di chi ne fa le veci)

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