Modello D

Al Dirigente Scolastico I.C. ”Caiati-Don Tonino Bello” - Bitonto

c/o Uffici di Segreteria – Area Alunni

**RICHIESTA DI RIAMMISSIONE A SCUOLA**

**In caso di presenza di MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

I sottoscritti

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Genitori, tutori legali, affidatari dell’alunno/a…………………………………………………………………………………………………………….

Nato/a a……………………………………………………………il………………………………residente in……………………………………………………

In via………………………………………………………………………………………………………frequentante la classe……………………………..

Sita nel Plesso……………………………………………………………………………..di ………………………………………………………………………..

Dell’ I.C. “Caiati-Don Tonino Bello” di Bitonto

Avendo il/la minore subito un trauma recente per cui presenta ……………………………………………………………………………

**CHIEDONO**

Che il/la minore………………………………………………………………………. possa essere riammesso alla frequenza scolastica

**DICHIARANO**

* che il Medico curante ha rilasciato autorizzazione al rientro a scuola
* di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola del minore in presenza di…………………………………
* di essere pienamente consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità
* di impegnarsi a rispettare le eventuali prescrizioni di carattere organizzativo date dal personale docente o di Servizio, ai fini della sicurezza dell’alunno-alunna durante la permanenza nell’ambiente scolastico

**ALLEGANO**

**Certificato medico di autorizzazione-nulla osta al rientro a scuola dell’alunno/a in presenza di ………………………………………………………**

Luogo e data

Firme

………………………………………………………

…………………………………………………………