



Istituto Comprensivo Statale “GIULIANA SALADINO”
Via Barisano da Trani ,7/9 – Tel.0916734993 – Fax 0916731608
Cod. Fiscale 80013800828 – Distretto V°/43-CM PAIC897004 – Ambito territoriale 19
www.icgiulianasaladino.edu.it - Mail: paic897004@istruzione.it
90145 – P A L E R M O

DICHIARAZIONE PER RICHIESTA DI 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 nella Classe Sez Plesso

premesso che dal punto di vista medico non ci sono ostacoli a che il proprio figlio possa frequentare regolarmente le lezioni, dichiarano di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (vedi documento medico allegato), 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 ai fini della sicurezza dell’alunno/a e dei compagni durante la permanenza nell’ambiente scolastico.

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)