

**Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. Fara Sabina**

I sottoscritti _____
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a _____ iscritto/a a
codesta Scuola, Classe _____ Sez _____ Plesso _____
Infanzia/Primaria Secondaria di I grado

DICHIARANO

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (medicazioni, suture o apparecchi gessati), 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.

Si dichiara inoltre: (barrare la voce che interessa)

di accompagnare l'alunno/a fino all'entrata della scuola;

di riprendere l'alunno/a all'uscita da scuola;

richiedono inoltre l'esonero dall'attività fisica (come da certificazione medica allegata).

Data

Firma dei genitori

