



Unione Europea
 P.O.N. "Competenze per lo sviluppo" (FSE)
 P.O.N. "Ambienti per l'apprendimento" (FESR)
 D.G. Occupazione, Affari Sociali e pari opportunità
 D.G. Politiche Regionali

DIREZIONE DIDATTICA STATALE
 1° CIRCOLO "G. OBERDAN"

Viale Roma, 26 - 70031 ANDRIA
 Tel 0883/246219 - Fax 0883/292298
 email: BAEE04900P@istruzione.it
 Sito web: www.oberdanprimocircoloandria.edu.it
 Cod. Ist.: BAEE04900P - C. F.: 81003770724




 Ministero dell'Istruzione,
 dell'Università e della Ricerca
 Dipartimento per la programmazione
 Direzione Generale per gli affari
 Internazionali - Ufficio V
 Programmazione e gestione dei fondi
 strutturali europei o nazionali

Al Dirigente Scolastico
 del 1° Circolo "G. Oberdan"
 -Andria-

Oggetto: **riammissione a scuola dell'alunno dopo un infortunio e dichiarazione di scarico di responsabilità per la frequenza in caso di presenza di medicazioni, suture, apparecchi gessati, tutori, carrozzine o stampelle.**

Il/la sottoscritto/a _____ (genitore 1)
 Il/la sottoscritto/a _____ (genitore 2)
 Il/la sottoscritto/a _____ (tutore legale)
 dell'alunno/a _____
 della classe _____

PLESSO SCUOLA INFANZIA

	DON TONINO BELLO
--	------------------

	LOTTI
--	-------

	SACCOTELLI
--	------------

PLESSO SCUOLA PRIMARIA

	OBERDAN
--	---------

	DON TONINO BELLO
--	------------------

in relazione all'infortunio avvenuto in data _____

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni.

A tal fine

1. allegano il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica nonostante l'infortunio subito;
2. dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel Regolamento di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Richiedono inoltre:

L'esonero dalle lezioni pratiche di Educazione Fisica dal _____ fino al _____
 come da certificato medico allegato.

Il permesso all'uso dell'ascensore per gli spostamenti all'interno dell'istituto.

L'autorizzazione ad entrare alle ore _____ fino al giorno _____

L'autorizzazione ad uscire alle ore _____ fino al giorno _____
(verrà prelevato dal genitore o da persona delegata)

In caso di uscite didattiche la partecipazione dell'alunno verrà valutata in base alla gravità dell'infortunio.

Data _____

Firma
(genitore 1)

(genitore 2)
