



ISTITUTO COMPRENSIVO  
 “G. OBERDAN – VITTORIO EMANUELE III”

Viale Roma, 26 - ANDRIA 76123

Tel 0883/246219

Sede VITTORIO EMANUELE III: piazza Trieste e Trento, 6

Tel. 0883/246263

email: [btic8am00a@istruzione.it](mailto:btic8am00a@istruzione.it) – [btic8am00a@pec.istruzione.it](mailto:btic8am00a@pec.istruzione.it)

Sito web: <https://icoberdanvittorioemanuele.edu.it/>

Cod. Meccanogr.: BTIC8AM00A - C. F.: 90126920728



Al Dirigente Scolastico  
 dell’Istituto Comprensivo  
 “G. Oberdan- V. Emanuele III”  
 -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

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

	G. OBERDAN
--	------------

	V. EMANUELE III
--	-----------------

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 GENITORI