

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Villa Verrocchio"
Montesilvano

AUTOCERTIFICAZIONE RIAMMISSIONE E ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'

Il /La sottoscritto/a..... genitore del/la
bambino/a iscritto/a presso la
scuola..... dichiara che il/la proprio/a figlio/a è
stato/a assente dal..... al.....
causa.....

Dichiara inoltre di aver contattato il proprio pediatra dottor/ssa..... e
di essersi attenuto alle indicazioni ricevute, sia per quanto riguarda la terapia sia per
quanto riguarda il periodo di assenza.

Dichiara altresì che il proprio/ figlio/a può essere riammesso alla frequenza tenendo
conto sia dell'età del bambino/a, degli impedimenti relativi alla non completa
autonomia dovuti alla temporanea ingessatura/medicazione nel rispetto del patto di
corresponsabilità tra scuola e famiglia.

A tal fine allega il certificato medico rilasciato dal medico curante, comprovante
l'idoneità alla frequenza nonostante l'infortunio subito.

Richiede, infine:

- Esonero dalle lezioni pratiche di educazione fisica dal _____ fino al
giorno _____ come da certificato medico allegato
- L'autorizzazione ad entrare alle ore _____ fino al giorno _____
- L'autorizzazione ad uscire alle ore _____ fino al giorno _____ (verrà
a prelevarlo il genitore _____ o persona da lui delegata _____)

Montesilvano, _____

In fede

Si Concede

Visto IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Enrica ROMANO