|  |  |
| --- | --- |
| Le bandiere della Repubblica | **Ministero dell’Istruzione**  **Istituto Comprensivo Statale “Milano Console Marcello”**  Via Console Marcello, 9 – 20156 Milano  tel. 02.88444956 - 02.88444158 - 02.88444923  EMAIL: [MIIC8D200D@ISTRUZIONE.IT](mailto:MIIC8D200D@ISTRUZIONE.IT) - [PEC:MIIC8D200D@PEC.ISTRUZIONE.It](mailto:MIIC8D200D@PEC.ISTRUZIONE.It)  C.F. 80193870153 – Sito web: [www.consolemarcello.edu.it](http://www.consolemarcello.edu.it/) |

Al Dirigente scolastico dell’IC Console Marcello

di Milano

**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, carrozzine o stampelle.**

Il/la sottoscritto/a (genitore 1)

Il/la sottoscritto/a (genitore 1)

Il/la sottoscritto/a (tutore legale) dell’alunno/a

della classe

PLESSO

CONSOLE

DE ROSSI

COLOMBO

in relazione all’infortunio avvenuto in data (vedi denuncia di infortunio e/o altri verbali)

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 Alfabetizzazione Motoria/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)

(tutore legale )

Si concede Visto il DIRIGENTE SCOLASTICO

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

I sottoscritti autorizzano l’Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell’ambito e per i fini propri dell’amministrazione scolastica ( D.Lgs. 196/2003 e successivo GDPR 2016/679)

Firma

Firma

(genitore 1)

(genitore 2)

(tutore legale )