



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Liceo Scientifico e Linguistico Statale "G. Marconi"

Via dei Narcisi 5 - 20147 Milano tel. 02/48302354 – fax 02/48302709

EMAIL: MIPS16000D@ISTRUZIONE.IT – PEC: MIPS16000D@PEC.ISTRUZIONE.ITC.F. 80122330154 - Sito web: www.marconionline.edu.it

**Ammissione/Riammissione a scuola
dell'alunno dopo un infortunio, intervento chirurgico, diagnosi 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,
- Il/la sottoscritto/a _____ tutore legale,
- dell'alunno/a _____
- della classe _____ sezione _____ plesso di Via _____

IN RELAZIONE:

- ☐ all'infortunio / all'intervento chirurgico avvenuto in data _____;
- ☐ alla diagnosi di _____ (allegare documentazione)
- che riporta l'uso di (specificare tipologia di ausilio: stampelle, sedia a rotelle, tutore o altro...)
- _____.

CHIEDE

che l'alunno/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni dal _____.

A tal fine:

- ☐ si allega il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica nonostante l'infortunio subito;
- ☐ si riserva di presentare, **entro 24 ore dal rientro a scuola**, certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica nonostante l'infortunio subito;

**Ministero dell'Istruzione e del Merito****Liceo Scientifico e Linguistico Statale "G. Marconi"**

Via dei Narcisi 5 - 20147 Milano tel. 02/48302354 – fax 02/48302709

EMAIL: MIPS16000D@ISTRUZIONE.IT – PEC: MIPS16000D@PEC.ISTRUZIONE.ITC.F. 80122330154 - Sito web: www.marconionline.edu.it

- ☐ si allegano eventuali disposizioni e indicazioni sulla mobilità in classe, nei locali scolastici e nel cortile della scuola.

Si dichiara di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola dell'alunno/a che ha subito un trauma recente, consapevole 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, ed esonera la scuola da ogni responsabilità.

RICHIEDE INOLTRE:

- ☐ L'esonero dalle lezioni pratiche di Scienze Motorie dal _____
fino al _____ come da certificato medico allegato;
- ☐ L'autorizzazione ad entrare alle ore _____ fino al giorno _____
e ad uscire alle ore _____ fino al giorno _____
e sarà prelevato dal genitore, tutore legale o dalla persona da lui appositamente delegata.

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

Luogo e data _____

Firma del genitore o di chi ne eserciti
la responsabilità genitoriale

Si concede autorizzazione alla riammissione a scuola.

Visto il DIRIGENTE SCOLASTICO _____