Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo Velletri Centro

DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI, TUTORI, GRUCCE O SEDIE A ROTELLE

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitori/tutori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a per l’a.s. in corso alla classe \_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’Istituto Comprensivo Velletri Centro, sentito anche il proprio MMG o PLS.

DICHIARANO

di essere pienamente consapevoli, sollevando l’Istituto da ogni responsabilità, delle condizioni per il rientro a scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente (come da documentazione allegata), di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità.

Si impegnano inoltre a conoscere e rispettare le prescrizioni previste dal Regolamento di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Velletri, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori/tutori/affidatari

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_