

**CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON
SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI**

Si certifica che l'alunno nato a il/...../.....
in seguito all'infortunio o evento avvenuto il/...../..... che ha comportato un trattamento
con prognosi di giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla frequenza
delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione Fisica.

Si rilascia al genitore di su propria richiesta.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....