



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "XIII APRILE"

Scuola Infanzia - Primaria - Secondaria di 1° grado

SEDE: Via della Repubblica, 1 - 52011 Loc. Soci - BIBBIENA(AR)

CF: 94004070515 - cod. MIUR: ARIC82200T

tel - 0575/560251 - Fax. 0575/560048

email: aric82200t@istruzione.it - PEC: aric82200t@pec.istruzione.it

### DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI

I sottoscritti ..... .

genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a ..... iscritto/a a codesta Scuola

Classe ..... Sez ..... Plesso .....

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del/la proprio/a figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Luogo .....

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

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

.....