Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
I.C. PIERO ANGELA
Viale Ratto delle Sabine, 3 – 00131 ROMA – Tel. 0641404596
C.F. 96418990584 – Cod. Meccanografico **RMIC8G800R**
Codice Univoco ufficio: K96NBC Mail: rmic8g800r@istruzione.it
PEC rmic8g800r@pec.istruzione.it Sito web: https://icpieroangela.edu.it

RIAMMISSIONE A SCUOLA DI ALUNNO IN CORSO D'INFORTUNIO

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo
PIERO ANGELA

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno _____ frequentante la classe _____di Scuola ..... , (Infanzia, Primaria, Secondaria di primo grado) in relazione all'infortunio avvenuto in data _____a_____

CHIEDE che il/la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare le lezioni.

A tal fine, allega certificazione medica comprovante l'idoneità alla frequenza nonostante l'infortunio subito.

RICHIEDE INOLTRE
□ l'esonero dalle lezioni pratiche di scienze motorie e sportive dal _____ al _____
come da certificato medico allegato
□ l'autorizzazione ad entrare alle ore _____ fino al giorno _____ _____
□ l'autorizzazione ad uscire alle ore _____ fino al giorno _____
(sarà prelevato dal genitore o dalla persona da lui appositamente delegata)
Il genitore firmatario, ai sensi del DPR 445/00, consapevole delle responsabilità civili e penali in casa di dichiarazioni mendaci, dichiara che la scelta è stata condivisa in applicazione delle disposizioni di cui ai capi I e II Titolo IX art. 316 cc, relativi alla responsabilità genitoriale.
Roma,

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA
Vista la richiesta dei genitori, visto il certificato medico allegato si AUTORIZZA LA RIAMMISSIONE ALLE LEZIONI DELL'ALUNNO/A.
La presente autorizzazione può essere revocata in qualsiasi momento, se e quando la partecipazione alle normali attività educative/didattiche si riveli pericolosa per l'alunno/a stesso/a o per i suoi compagni.

Data_____

Il Dirigente scolastico _____