Allegato 2

Istituto Scolastico ……

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 proprio 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 ……/……/…..…

……..