



Ministero dell'Istruzione e del merito
Istituto Comprensivo Statale "Cesare Battisti"
Viale Lombardia,5 - 24068 SERIATE (BG)
Tel. 035/294016 Fax 035/4240140
e-mail bgic875006@istruzione.it

I sottoscritti
genitori /esercenti la responsabilità genitoriale dello/della studente/studentessa
..... frequentante la classe , in relazione
all'infortunio/intervento chirurgico subito in data, per il quale è stata
certificata una prognosi di giorni fino al

CHIEDONO

la riammissione a scuola prima della scadenza del periodo prognostico certificato e
nonostante l'infortunio. A tal fine, allegano:

- certificato medico ospedaliero attestante la durata della prognosi;
- certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista che autorizzi lo/la
studente/studentessa alla frequenza scolastica;
- dichiarazione di scarico di responsabilità per la frequenza in caso di presenza di
prognosi e medicazioni, suture, apparecchi gessati o stampelle.

CHIEDONO INOLTRE,

☐ l'esonero dall'attività pratica di Scienze Motorie e Sportive fino al giorno
.....
(necessario che l'esonero sia richiesto anche sul certificato del medico curante)

☐ che per l'uso dei servizi igienici lo studente/studentessa è:

☐ autonomo/a

☐ non Autonomo/a e pertanto necessita di assistenza

(Specificare eventuali assistenze necessarie prescritte dal medico curante)

Ulteriori informazioni necessarie:

.....
.....
.....
.....

Una volta compilato, il presente modulo deve essere scansionato e spedito via mail agli
indirizzi citati nel protocollo. L'Istituto si riserva di contattare la famiglia per chiedere
delucidazioni o approfondire la situazione.

Seriate, lì.....

Firma dei genitori o esercenti la
responsabilità genitoriale

.....
.....