Al Dirigente scolastico
I.C. Gramsci di Lodi Vecchio

Autorizzazione al rientro scolastico con prescrizioni mediche

Il/La sottoscritto/a _____ genitore/tutore dell'alunno/a _____frequentante la classe _____ plesso _____

CHIEDE

la riammissione a scuola del/la proprio/a figlio/a:

☐ con limitazioni alle attività didattiche e/o motorie (compilare apposito modulo di esonero)
☐ con riduzione dell'orario scolastico (compilare richiesta di uscita anticipata o rientro posticipato)

a decorrere dal _____ al _____

In particolare si richiede:

☐ Esonero temporaneo da Scienze Motorie
☐ Limitazione attività laboratoriali/pratiche
☐ Entrata posticipata alle ore _____
☐ Uscita anticipata alle ore _____
☐ Altro (specificare) _____

DICHIARA

- di essere a conoscenza dello stato di salute del/la figlio/a come da certificazione medica allegata;
- che il medico ha autorizzato la frequenza scolastica;
- di sollevare l'Istituto da responsabilità derivanti da eventuale aggravamento non imputabile a negligenza o omissione della scuola;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute.

Si allega certificazione medica con indicazione delle limitazioni e/o accorgimenti necessari.

Data _____

Firma del genitore/tutore _____