AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "M. Dionigi"
Lanuvio

Oggetto: richiesta di frequenza da parte di alunni con applicazione di apparecchio gessato - tutore ortopedico – stampelle ortopediche.

I Sottoscritti Sigg._____,

genitori/tutori dell'alunno/a _____frequentante

la classe _____ sez. _____di scuola _____

di codesto Istituto Comprensivo,

chiedono

che il/la proprio/a figlio/a, al/alla quale è stato applicato:

☐ Apparecchio gessato

☐ Tutore ortopedico

☐ Stampelle ortopediche

in data_____da portare fino al giorno _____

possa continuare a frequentare le lezioni, sollevando l'istituzione scolastica da qualsiasi responsabilità penale e civile derivante da tale richiesta.

In relazione a quanto sopra si allega certificazione medica attestante che, la frequenza scolastica del figlio/a non è di pregiudizio alla sua guarigione né elemento di rischio per sé e per gli altri.

DATA _____

FIRMA_____

FIRMA _____

SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEI FIRMATARI.