

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL RIENTRO CON PROGNOSI-MEDICAZIONI-SUTURE-GESSI-STAMPELLE ecc**

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,**

(compilare le parti di interesse)

- ☐ 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 l'entrata a scuola avvenga alle ore \_\_\_\_\_
- ☐ che l'uscita da scuola avvenga alle ore \_\_\_\_\_

Ulteriori informazioni necessarie:

\_\_\_\_\_.

**SI IMPEGNANO**

nel momento in cui cesseranno le esigenze rappresentate, a darne comunicazione alla scuola.

Altresì, si impegna a dare comunicazione dell'eventuale prolungamento del periodo per cui è stata richiesta la presente autorizzazione.

Palermo, li \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale:

\_\_\_\_\_