Spett.Le Dirigente Scolastico
I.C. A. Schweitzer - Segrate

Richiesta di partecipazione alle attività scolastiche a seguito di infortunio

Il sottoscritto ……..

in qualità di genitore/tutore esercente la patria potestà sull'alunno/a:

……

Classe …… Sez. …….. Plesso ……

COMUNICA

- che in data …… l'alunno/a è stato/a vittima di infortunio:

  ☐ All'interno dell'I,C. "Albert Schweitzer" /nell'ambito di attività didattiche organizzate dallo stesso;

  ☐ In altro luogo

- Ovvero è stato/a sottoposto/a ad intervento chirurgico in data ……..
- Ovvero è stato disposto con certificato medico quanto segue: ……..
  ……

In considerazione del fatto che, la certificazione medica prodotta non dispone incompatibilità con l'attività scolastica

A tal fine allega il verbale di pronto soccorso / lettera di dimissioni / certificato medico rilasciato:

☐ Dall'ospedale ……in data ……..

☐ Da altro medico, in data ……

CHIEDE

- Che l'alunno/a in oggetto possa regolarmente frequentare le attività scolastiche dal giorno …….
- Che l'Amministrazione scolastica adotti tutte le possibili misure preventive e organizzative atte a favorirne la permanenza a scuola, alla luce dell'accertata invalidità temporanea dell'alunno, indicata fino alla data del ……., salvo ulteriore proroga che sarà comunicata entro il termine indicato.

☐ Che venga aiutato dal personale scolastico a raggiungere la classe

DICHIARA

- Di essere consapevole che il Dirigente Scolastico si riserva la facoltà di esonerare l'alunno/a dalle attività che potrebbero comportare una recidiva e/o un aggravamento dello stato di salute;
- Di essere consapevole che compete esclusivamente al D.S. valutare se sussistano impedimenti legati alla sicurezza e/o incolumità dell'alunno in relazione alle attività scolastiche per cui non è chiesto l'esonero;
- Di essere consapevole che il Dirigente scolastico si riserva di revocare l'autorizzazione alla frequenza, alla luce di sopravvenuti elementi che evidenzino un rischio per la salute e la sicurezza dell'alunno/a.
- Di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà.

Segrate, _____ Firma _____

Riservato all'ufficio

Il Dirigente Scolastico, valutata la certificazione medica:

☐ Autorizza la partecipazione alle attività scolastiche ☐ Non autorizza la partecipazione alle attività scolastiche

e dispone l'esonero da:

☐ Attività di educazione fisica

☐ Gite e viaggi di istruzione

Il D.S. Prof. Alfredo Scaccianoce