

## DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "Via T. Mommsen, 20" di Roma

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori( o chi ne fa le veci) dell'alunno/a \_\_\_\_\_ iscritto/a a questa scuola, classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_, che, a seguito di infortunio occorso in data \_\_\_\_\_, è portatore di (\*) \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ (vedere referto medico allegato), consapevoli

1. delle alterate condizioni di stabilità fisica del/lla proprio/a figlio/a, a seguito della presenza di (\*) \_\_\_\_\_, che potrebbe determinare una maggiore suscettibilità a cadute;
2. di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, in particolare dall'interazione con i coetanei, soprattutto nei momenti ricreativi;
3. di essere nelle condizioni in cui, in caso di infortunio che dovesse verificarsi nel periodo in cui l'alunno/a sarà nella situazione descritta dal precedente. 1., non avranno alcuna pretesa di risarcimento del danno a carico dell'amministrazione scolastica e degli enti assicurativi pubblici e privati;

### DICHIARANO

di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola del/lla proprio/a figlio/a, impegnandosi a conoscere e rispettare le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico e sollevando l'amministrazione scolastica da ogni responsabilità, fatta salva la costante vigilanza esercitata dal Personale scolastico.

In fede

Firma dei genitori ( o chi ne fa le veci)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

(\*) *Specificare se trattasi di medicazione o di suture o di apparecchio gessato o di altro.*