

RIENTRO A SCUOLA DOPO INFORTUNIO

Io sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno _____

della classe ____ sez. _____ plesso Monte Velino Colletta Tito Livio

CERTIFICO

sotto la mia responsabilità che mio figlio può riprendere le lezioni in data _____

e di essermi attenuto alle indicazioni mediche in mio possesso (o allegate) che autorizzano la ripresa delle attività didattiche, sollevando la scuola da responsabilità riguardanti un eventuale aggravamento delle condizioni che hanno determinato l'assenza.

Dichiaro inoltre:

- che la frequenza avviene:

senza ausili

con ausili (specificare quali) _____ e che di tali ausili ne risulterebbe responsabile in quanto garantisco che l'alunno è in grado di utilizzarli correttamente senza nuocere a sé o agli altri;

- che le lezioni di educazione fisica/motoria:

sono autorizzate sulla base delle certificazioni mediche in mio possesso (o allegate alla presente)

NON sono autorizzate sulla base delle certificazioni mediche in mio possesso (o allegate alla presente);

- che l'alunno necessita:

di utilizzare l'ascensore per gli spostamenti fra i piani;

può salire e scendere autonomamente le scale;

può spostarsi regolarmente nella scuola;

altro (specificare) _____.

Milano, _____

Firma _____