Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Suor Celestina Donati

Oggetto: Liberatoria frequenza alunno/a infortunato/a in caso di presenza di medicazioni, suture, apparecchi gessati, busti, stampelle e sussidi ortopedici vari.

I sottoscritti sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_ di codesto Istituto Comprensivo, chiedono che il/la proprio/a figlio/a, al/alla quale è stato applicato un \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ possa continuare a frequentare le lezioni;

DICHIARANO

* di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola del/della proprio/a figlio/a consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dalle attività scolastiche in comunità, dalla frequenza nei locali scolastici ;
* di sollevare la scuola da ogni eventuale responsabilità penale e civile derivante dalla permanenza dell’alunno/a nei locali scolastici, tenendo indenne l'Amministrazione da richieste/rivalse;

A tal fine allegano - anche a fini prudenziali - il certificato medico in cui si attesta che l’alunno/a, nonostante l’impedimento (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ), è idoneo/a alla frequenza scolastica .

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

Firma (padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_