

**CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI**

Si certifica che l'alunno ..... nato il ...../...../..... in seguito all'infortunio o evento avvenuto il ...../...../..... che ha comportato un trattamento con prognosi di ..... giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla frequenza delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di Educazione Fisica.

Si rilascia al genitore di ..... su propria richiesta

Luogo, .....

Data ...../...../.....

In fede  
Timbro e Firma del Medico  
.....