

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

Al Dirigente Scolastico  
Dell' I.C. MASACCIO  
di San Giovanni Valdarno (AR)

I sottoscritti ..... genitori (o chi ne fa le veci)  
dell'alunno/a ..... iscritto/a a Codesta scuola,  
Classe ..... sez. .... Plesso .....

**CHIEDE**

di assumersi piena responsabilità per il rientro a scuola del proprio figlio che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Luogo, .....

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

In fede  
Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)