**Scuola.........................................**

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

I sottoscritti………..................................................................................................................................... Genitori (o chi ne fa le veci) dell’alunno/a............................................................................................

lscritto/a a codesta scuola, classe ........... sez ......... plesso...............................................................

# Dichiariamo

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

Data ………………………… Firma dei genitori

…………………………………………..

……………………………………………

Nel caso di firma di un solo genitore, II sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative epenali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/200, dichiara di aver effettuato la scelta delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono II consenso di entrambi I genitori.

 **Firma ........................................................................**