



ISTITUTO COMPRENSIVO "SANDRO PERTINI" ASCIANO

Via Achille Grandi, 35 – 53041 Asciano (SI) C.M. SIIC814003 – C.F. 92031340521
Tel.: 0577/718357 – Fax: 0577/719074
www.icpertini.edu.it - e-mail: siic814003@istruzione.it - siic814003@pec.istruzione.it



Al personale Docente e ATA
Ai genitori/tutori degli alunni
dell'IC Pertini

Oggetto: riammissione a scuola degli alunni con gessi, suture, stampelle, etc.

Si ricorda a tutto il personale e ai genitori/tutori degli alunni che le norme vigenti prevedono che gli alunni, reduci da infortuni di varia natura, o da interventi chirurgici non possono frequentare la scuola nel periodo coperto dalla prognosi.

Tuttavia, i genitori/tutori possono presentare apposita richiesta di ammissione anticipata a scuola al Dirigente Scolastico tramite modulistica allegata, corredata da certificazione del medico curante o specialista, nella quale si attesti che l'alunno/a, nonostante l'infortunio subito, l'eventuale impedimento (in caso di ingessature, fasciature, punti di sutura ecc.) o a seguito di intervento chirurgico sia idoneo/a alla frequenza scolastica. Nel certificato medico deve essere esplicitato l'eventuale esonero per le attività di educazione fisica e il periodo dell'esonero. Si precisa che la suddetta certificazione è necessaria per rispettare le norme antinforturistiche, che in presenza di una specifica prognosi, impediscono la frequenza a scuola.

La richiesta di ammissione corredata dal certificato medico dovrà essere inviata via mail all'indirizzo: siic814003@istruzione.it.

Si precisa che gli alunni in mancanza del certificato suddetto e dell'autorizzazione del Dirigente Scolastico non potranno essere ammessi a scuola e frequentare le lezioni.

Si richiama l'attenzione dei docenti e del personale ATA sull'applicazione della norma e sul dovere di vigilanza affinché il rientro a scuola degli alunni con prognosi non sia consentito senza l'autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Paolo Bianchi

Firmato digitalmente da PAOLO BIANCHI

Al Dirigente scolastico dell'IC "Sandro Pertini" di Asciano (SI)

Richiesta di riammissione a scuola dell'alunno dopo un infortunio e dichiarazione di scarico di responsabilità per la frequenza in caso di presenza di medicazioni, suture, apparecchi gessati, carrozzine o stampelle.

Il sottoscritto _____ (padre)

La sottoscritta _____ (madre)

dell'alunno/a _____

della classe _____ PLESSO _____

in relazione all'infortunio avvenuto in data _____ (vedi denuncia di infortunio e/o altri verbali)

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa essere riammesso/a a frequentare lezioni.

A tal fine

1. allegano il certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista, comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica nonostante l'infortunio subito;
2. dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel Regolamento di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Richiedono inoltre:

- L'esonero dalle lezioni pratiche di Educazione Fisica dal _____ fino al _____ come da certificato medico allegato.
- Il permesso all'uso dell'ascensore per gli spostamenti all'interno dell'istituto.
- L'autorizzazione ad entrare alle ore _____ fino al giorno _____
- L'autorizzazione ad uscire alle ore _____ fino al giorno _____ (verrà prelevato dal genitore o da persona delegata _____)

In caso di uscite didattiche la partecipazione dell'alunno verrà valutata in base alla gravità dell'infortunio.

Data _____

Firma

(padre)
(madre)

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

I sottoscritti autorizzano l'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell'ambito e per i fini propri dell'amministrazione scolastica (D. L.vo 196/2003 e successivo GDPR 2016/679)

Firma

_____ (padre)

_____ (

Si

Data, _____ Visto il DIRIGENTE

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

In fede
Timbro e Firma del Medico

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

.....