ISTITUTO COMPRENSIVO "SANDRO PERTINI" ASCIANO
Via San Francesco, 1 – 53041 Asciano (SI) C.M. SIIC814003 – C.F. 92031340521
Tel.: 0577/718357
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 antinfortunistiche, 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

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

Richiesta di riammissione a scuola dell'alunno dopo un infortunio e dichiarazione discarico 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 lelezioni.

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 allagravità 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)

_____(madre)

Si

Data,_____ Visto il DIRIGENTE SCOLASTICO

Allegato 3

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

.....