

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

I sottoscritti _____
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a _____
iscritto/a alla Scuola dell'Infanzia San Domenico , Classe _____

dichiarano

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

La Scuola ha comunicato alla famiglia che non è possibile prevedere l'affiancamento e l'assistenza individuale a sostegno dell'esecuzione delle routine giornaliere e che per tanto l'insegnante, responsabile dell'andamento e della cura dell'intera sezione, si renderà disponibile ad aiutare il bambino nel limite di quanto le circostanze lo consentano.

la famiglia si impegna ad accompagnare il minore dalle ore alle ore e la famiglia ha concordato l'uscita alle ore

la famiglia dichiara, inoltre, di aver consultato il pediatra _____ in data _____ e di aver ricevuto parere positivo al rientro del minore in comunità scolastica. (si allega parere del pediatra)

Legnano, _____

firma leggibile di entrambi i genitori

