

DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI, CARROZZINE O STAMPELLE

Il sottoscritto _____

La sottoscritta _____

Genitori/tutori legali dell'alunno/a _____

Classe/sezione _____ Sez. _____ plesso _____

☐ scuola dell'infanzia;

☐ scuola primaria;

☐ scuola secondaria 1° grado

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a

Pertanto, i sottoscritti dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

POZZUOLI _____

In fede

Allegati: Certificazione medica per idoneità alla frequenza scolastica