MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
I. C. Leonardo da Vinci
V.le della Grande Muraglia, 37
Via Lione, 3 – Via dell'Elettronica, 3
Roma 00144
C.F. 80235210582– C.M. RMIC8BZ00C
✉rmic8bz00c@istruzione.it -
✉rmic8bz00c@pec.istruzione.itwww.icleonardodavinci.edu.it
☎ 06/5296334

Al Dirigente Scolastico
I.C. Leonardo Da Vinci
ROMA (RM)

Oggetto: richiesta riammissione alunno/a infortunato/a

I sottoscritti _____

Genitori/Tutori dell'alunno/a_____

della classe _____sez._____plesso _____a.s. 202__/202__

CHIEDONO

l'autorizzazione alla frequenza del proprio figlio/a a seguito di incidente e dichiarano di sollevare la scuola da ogni eventuale responsabilità.
A tal fine, allegano il certificato medico in cui si attesta che il medesimo, nonostante l'evento traumatico subito o l'eventuale impedimento (in caso di ingessature, fasciature, punti di sutura etc), è idoneo alla frequenza scolastica.

Roma, lì_____/_____/_____

*FIRMA DEI GENITORI*_____