DICHIARAZIONE PER LA FREQUENZA SCOLASTICA

(in presenza di medicazioni, suture, apparecchi gessati o ausili alla deambulazione)

I sottoscritti _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____

iscritto/a presso la Scuola _____

Classe _____ Sez. _____ Plesso _____

DICHIARANO

- di essere stati informati sulle condizioni di salute del proprio figlio/a anche a seguito di valutazione medica;
- che, sulla base delle attuali condizioni cliniche e dopo averne avuto conferma dal pediatra di famiglia, **non sussistono elementi che controindichino la frequenza scolastica**;
- di essere consapevoli che la **prognosi eventualmente rilasciata in sede di Pronto Soccorso o da altro medico rappresenta una previsione dei tempi di recupero e non costituisce di per sé un divieto alla frequenza scolastica obbligatoria**;
- di **assumersi la responsabilità del rientro a scuola del proprio figlio/a**, anche in presenza di medicazioni, suture, apparecchi gessati o utilizzo di ausili (es. stampelle);
- di impegnarsi a informare la scuola di eventuali indicazioni cliniche rilevanti (es. limitazioni funzionali temporanee) e a collaborare nel rispetto del Regolamento di Istituto.

PRENDONO ATTO CHE

- la scuola, nell'ambito delle proprie competenze, **garantisce la vigilanza e la sicurezza durante la permanenza dell'alunno**, anche attraverso l'adozione di eventuali misure organizzative ritenute appropriate in relazione alla situazione rappresentata;
- eventuali limitazioni specifiche di attività (es. educazione fisica) potranno essere oggetto di apposita indicazione medica, ove necessaria.

Data _____

Firma dei genitori/tutori

_____

_____