

ISTITUTO COMPRENSIVO PACCHIOTTI-REVEL
 e-mail TOIC8B500Q@ISTRUZIONE.IT
 sito web: icpacchiotti-viarevel.edu.it
 Via Ottavio Revel n. 8 – 10121 TORINO Tel. 011/530543 – 011/533515

DA TENERE NEL REGISTRO DI CLASSE DELL'INSEGNANTE

Al Dirigente scolastico

OGGETTO: Richiesta riammissione alle lezioni a seguito infortunio.

Il sottoscritto genitore :;
 Padre/madre : dell'alunno :;
 Frequentante il plesso : ; classe;
 Infortunatosi il giorno : ; Con prognosi giorni : ;
 rilasciata da : ; il;

CHIEDE

di poter far frequentare ugualmente le lezioni, prima della scadenza della prognosi, a partire dal giorno

A tal fine : consapevole dello stato di salute del bambino/a, dichiara e sottoscrive di esonerare la scuola da qualsiasi responsabilità connessa a possibili ricadute e complicanze dello stato di salute, collegabili alla prognosi descritta nel referto.

Attendendo l'autorizzazione alla riammissione, porge distinti saluti.

Torino li

Il sottoscritto genitore

.....

-----SPAZIO A CURA DELL'UFFICIO-----

Firma per autorizzazione al rientro del D.S:

VISTO SI AUTORIZZA DATA