

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo CLAUDIO ABBADO
Via Monte Zebio, 35 - 00195 Roma
Tel. 06/3725859 - fax 06/3741217

e-mail RMIC8GW005@istruzione.it pec RMIC8GW005@pec.istruzione.it
Codice Fiscale: 97712900584 Cod.Mecc: RMIC8GW005

Alle Famiglie degli Alunni,
al personale docente e ATA

Circ n 15

Oggetto: Riammissione a scuola degli alunni reduci da infortuni

Si comunica che i genitori degli **alunni reduci da infortuni di varia natura, DEVONO presentare apposita richiesta di riammissione** al Dirigente Scolastico, **corredata da certificazione medica** nella quale si attesti che l'alunno/a, nonostante l'infortunio subito o l'eventuale impedimento (gessi, fasciature, punti di sutura ecc.) è idoneo/a alla frequenza scolastica.

Ove il referto medico sia quello rilasciato dagli enti ospedalieri al momento dell'infortunio, è **necessaria comunque una ulteriore CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA (del MMD o PLS)** che attesti espressamente la non sussistenza di ostacoli alla frequenza delle lezioni da parte dell'alunno/a e l'eventuale esonero, espresso in giorni, dalle lezioni pratiche di Educazione fisica.

Può essere previsto un ingresso e/o una uscita lievemente posticipati per evitare i momenti di ressa, ma, pur adottando le precauzioni tese ad evitare pericolosi contatti con i compagni o ad agevolare movimenti dell'infortunato/a all'interno dell'aula, SI RICORDA che la scuola è un ambiente ad alto affollamento e non è sterile (in caso di punti o ferite).

Inoltre l'alunno deve essere autonomo per affrontare una eventuale evacuazione in caso di emergenza.

Si richiama l'attenzione dei docenti e del personale ATA sull'applicazione della norma affinché il rientro a scuola degli alunni con prognosi **non sia consentito senza la dovuta certificazione medica.**

Alle famiglie si richiede il rispetto dell'iter sopra descritto, compilando il modulo, allegato alla presente comunicazione, "RICHIESTA DI RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO INFORTUNIO" relativo alla documentazione medica richiesta e alla "presa di responsabilità" da parte dei genitori/tutori del/della minore.

Confidando nella collaborazione di tutti, ringrazio dell'attenzione e porgo cordiali saluti.



LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Arianna Vennarucci

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.lgs. n. 39/93

RICHIESTA DI RIAMMISSIONE A SCUOLA DOPO INFORTUNIO

ALLA DIRIGENTE dell'I.C. CLAUDIO ABBADO

I sottoscritti

.....
genitori dell'alunno/a

frequentante nel corrente anno scolastico 20...../20.....la classe/sezione.....

Scuola dell'Infanzia

Scuola primaria

Scuola Secondaria di primo grado

in relazione all'infortunio avvenuto:

in ambito scolastico

in ambito NON scolastico

In data.....

ed eventuale

(v. certificazione medica del con prognosi di gg)

CHIEDONO

che il proprio figlio/a possa essere riammesso a frequentare le lezioni.

A tal fine allegano il certificato rilasciato dal medico curante, comprovante l'idoneità alla frequenza nonostante l'infortunio subito e l'eventuale esonero espresso in giorni, dalle lezioni pratiche di Ed. motoria/fisica.

Dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità, impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel Regolamento di Istituto e le eventuali misure organizzative adottate.

Data

Firma dei genitori

La presente richiesta può essere revocata in qualsiasi momento, se e quando la partecipazione alle normali attività educative/didattiche si riveli pericolosa per l'alunno stesso o per i suoi compagni.