

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Collegno III
Viale dei Partigiani, 36 – 10093 Collegno (TO)
peo: toic8ch00t@istruzione.it
pec: toic8ch00t@pec.istruzione.it

AMMISSIONE/RIAMMISSIONE FREQUENZA SCOLASTICA

I sottoscritti genitori (Nome e cognome dei genitori e/o tutori):

Nome		Nome	
Cognome		Cognome	
Nato/a il/...../..... a		Nato/a il/...../..... a in provincia	
....., in provincia di (.....), residente a		di (.....), residente a Pr.	
..... Pr.	
C.F.	-	C.F.	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

In qualità di tutore/tutrice legale del/della minore:

(Nome e cognome del minore) nato/a il/.....
/....., a Pr. (.....), residente a
..... Pr. (.....), in Via,
frequentante la classe sezione della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/ Scuola
Secondaria di Primo Grado dell'IC "Collegno III", in relazione all' l'infortunio subito, eventuale
impedimento (gessi, fasciature etc.) di nostro/a figlio/a

CHIEDE/CHIEDONO

Che il /la proprio/a figlio/a possa essere ammesso/a-riamesso/a alla frequenza delle lezioni/attività
didattiche.

- o A tal fine allegano il certificato medico, rilasciato dal medico curante e/o dallo specialista, comprovante l'idoneità alla frequenza, nonostante l'infortunio subito/eventuale impedimento (gessi, fasciature etc.).

- o A tal fine fanno presente che il medico curante e/o lo specialista non rilascia il certificato medico richiesto e pertanto i genitori con firma congiunta dichiarano:
 - Di sollevare l'istituzione scolastica da ogni responsabilità in merito all'ammissione a scuola non supportata da certificato medico;
 - Di essere consapevoli delle possibili ridotte condizioni relative alle misure di sicurezza e salvaguardia di cui al D.lgs n.81/2008;
 - Di essere a conoscenza della mancata validità delle coperture assicurative per danni subiti o causati durante il periodo di ammissione a seguito di infortunio/impedimento.

- o **Richiedono inoltre:**

- L'esonero dalle lezioni pratiche di educazione fisica/attività (specificare quali _____ dal _____ fino al _____ come da certificato medico)
- L'autorizzazione di entrate alle ore _____ e di uscire alle ore _____ dal _____ fino al _____ (verrà a prelevarlo il genitore _____ o persona da lui delegata _____).

Data _____

Firma dei genitori

**Si concede
Visto del Dirigente Scolastico**

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

I sottoscritti _____ autorizzano l'Istituzione scolastica ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento per l'ambito ed i fini propri dell'amministrazione scolastica nel rispetto della normativa vigente.

Data _____

Firma dei genitori

