

Al Dirigente Scolastico
I.C. FREGENE-PASSOCURO

**DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN
CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI,
CARROZZINE O STAMPELLE**

Il sottoscritto

La sottoscritta

Genitori dell'alunno/a

della classe _____

☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di Primo Grado

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a

Pertanto, i sottoscritti dichiarano di assumersi piena responsabilità per il suddetto periodo, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le eventuali misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico.

Fiumicino _____

In fede

Allegati : Certificazione medica per idoneità alla frequenza scolastica