

	ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"	
	FREQUENZA SCOLASTICA ALUNNI IN CONDIZIONI FISICHE PARTICOLARI PER UN PERIODO TEMPORANEO MOD. IT1	

Segrate, ____/____/____

Il /la sottoscritto/a _____
 genitore dell'alunno/a _____ classe ____ sez. ____
 plesso _____ in merito all'infortunio accorso in data ____/____/____,
 causa di inabilità temporanea dal giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____

CHIEDE

- ☐ Che venga autorizzata la frequenza del proprio figlio;
- ☐ Che venga esonerato dalle lezioni di Educazione Motoria per il periodo
dal ____/____/____ al ____/____/____ come da certificato medico allegato;
- ☐ Il supporto di un collaboratore scolastico e/o l'eventuale uso del montacarichi per:
 - ☐ permettere al bambino di frequentare regolarmente il servizio mensa;
 - ☐ permettere al bambino di usufruire del bagno;

Si allega alla presente copia del certificato medico

Con la presente dichiara di sollevare l'istituto da qualsiasi responsabilità civile o penale del caso e si impegna, alla scadenza del certificato medico, a comunicare la ripresa regolare delle lezioni o la prosecuzione delle condizioni precedenti

Firma del genitore

Spazio riservato all'ufficio scolastico (non compilare)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la domanda dell'interessato/a, valutata la documentazione e verificata la disponibilità del personale scolastico

AUTORIZZA

- ☐ la frequenza regolare delle lezioni, con esonero da Educazione Motoria;
- ☐ la frequenza delle lezioni con esonero da Educazione Motoria; ma dovrà entrare a scuola alle ore: _____ e uscire alle ore: _____
- ☐ la frequenza delle lezioni ma non potrà usufruire del servizio mensa pertanto dovrà uscire alle ore: _____ e rientrare alle ore: _____
- ☐ la frequenza delle lezioni per tutto il periodo di prognosi o fino al ____/____/____

Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Rosaria Collini)

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, comma 2 del D.Lgs. n.39/1993)