



## Istituto Comprensivo Statale “Isidoro Gentili”

Via Rione Colonne 87027 Paola (CS)

Dirigente Scolastico Tel.0982/611197 Segreteria Tel/fax 0982/585215

Codice Meccanografico: CSIC871008 Codice Fiscale 86001070787

E-mail [csic871008@istruzione.it](mailto:csic871008@istruzione.it) P.E.C. [csic871008@pec.istruzione.it](mailto:csic871008@pec.istruzione.it)

[www.isidorogentili.edu.it](http://www.isidorogentili.edu.it)

Prot. N. 5736 - IV.8

Paola, 07-12-2019

Ai genitori degli alunni

Ai docenti

Al personale A.T.A.

Al sito Web

dell'I.C. I.Gentili di Paola

Oggetto: frequenza scolastica dopo infortunio.

A tutela dei minori infortunati, si ricorda ai genitori che l'alunno può frequentare la scuola nel periodo coperto da prognosi, solo con apposita richiesta regolarmente assunta al protocollo della scuola, corredata da certificazione medica, nella quale si attesti che il medesimo, nonostante l'infortunio subito o l'eventuale impedimento (in caso di ingessature, fasciature, punti di sutura ecc.), è idoneo alla frequenza scolastica.

Copia di tale richiesta, debitamente autorizzata dal Dirigente, dovrà essere presentata al docente all'atto del rientro.

Per gli alunni con limitazioni nella deambulazione per ingessatura, può essere previsto un ingresso lievemente posticipato e uscita o anticipata o posticipata dell'aula per evitare la ressa che potrebbe favorire urti con compromissione della guarigione.

Nella classe/sezione ai compagni stessi sarà raccomandata ogni cautela nell'avvicinamento all'alunno ingessato onde evitare contatti pericolosi; i referenti di plesso daranno le opportune istruzioni al personale ausiliario in modo da agevolare i suoi movimenti all'interno dell'aula e della scuola (es. aiuto all'alunno nella salite delle scale).

Si allega modulo per la richiesta di frequenza dopo infortunio.



Il Dirigente Scolastico  
(Dott.ssa Annina Carnevale)

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
"Isidoro Gentili"  
Paola (CS)

Oggetto: richiesta frequenza scolastica alunno/a infortunato/a

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_ A.S. 20 \_\_\_\_/20 \_\_\_\_\_

CHIEDONO

l'autorizzazione alla frequenza del proprio/a figlio/a infortunato/a e dichiarano di sollevare la scuola da ogni responsabilità; a tal fine allegano il certificato medico in cui si attesta che il medesimo, nonostante l'infortunio subito o l'eventuale impedimento in caso di ingessature, fasciature, punti di sutura ecc., è idoneo alla frequenza scolastica

Paola, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_\_

Firma dei genitori/tutori \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_