

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 _____
