

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

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

della classe _____

PLESSO _____

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.

In fede

Allegati : Certificazione medica per idoneità alla frequenza scolastica