

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

Il sottoscritto

La sottoscritta

Genitori dell'alunno/a

della classe _____

PLESSO Primaria Caraibi Primaria Segurana

Secondaria di I grado Stella Polare

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.

Roma _____

In fede

Allegati : Certificazione medica