



Ministero dell'Istruzione
Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo "R. Franceschi"
Via Concordia, 2/4 – 20090 Trezzano s/n (MI)
Tel. 02/48402046 – fax 02/48490197
email: mic89000v@istruzione.it;
www.icfranceschi.edu.it
C.F.80104370152

RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON SUTURE-MEDICAZIONI- APPARECCHIGESSATI

Di norma la presenza di medicazioni, suture o apparecchi gessati non controindica da un punto di vista medico la frequenza scolastica e pertanto non richiede specifica certificazione; al massimo può essere prevista una **dichiarazione di responsabilità dei genitori**, per quanto attiene ad aspetti di natura non medica (Allegato1).

Nel caso in cui la scuola sia in possesso di un referto medico con indicazione di una prognosi (ad esempio in seguito ad un infortunio avvenuto all'interno della scuola o al di fuori delle attività scolastiche), per la riammissione anticipata rispetto al periodo di prognosi di guarigione indicato nel referto, **è necessario un certificato in cui sia specificato che da un punto di vista medico non vi sono ostacoli a che l'alunno possa frequentare le lezioni**; il certificato non è richiesto se tale indicazione è contenuta nel referto medico relativo all'incidente (Allegato 2). La suddetta certificazione è necessaria per superare le norme antinfortunistiche che, in presenza di specifiche prognosi, impedirebbero la frequenza scolastica per lunghi periodi. Il Dirigente Scolastico adotterà poi le eventuali misure organizzative ritenute opportune per la permanenza negli ambienti scolastici dell'allievo con suture o apparecchi gessati.

Certificazioni scolastiche:

Allegato1

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI,
SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

I sottoscritti.....
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a iscritto/aa
codesta Scuola, Classe..... Sez..... Plesso.....

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambientescolastico.

Luogo.....

In fede
Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

Data...../...../.....

.....

**CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON
SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI**

Si certifica chel'alunno..... nato il...../...../.....

In seguito all'infornio o evento avvenuto il/...../..... che ha comportato un trattamento con prognosi di giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla frequenza delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione Fisica.

Si rilascia al genitore disu propria richiesta.

Luogo.....

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data...../...../.....

.....