

**Oggetto: procedura per la riammissione a scuola in caso di presenza di medicazioni, suture, apparecchi gessati**

Si rende ai genitori degli alunni di questo Istituto che fanno rientro a scuola con medicazioni di varia natura (suture e apparecchi gessati) devono provvedere a inoltrare agli Uffici di Segreteria apposita dichiarazione di responsabilità.

Quando tale riammissione a scuola avviene in maniera anticipata rispetto al periodo di prognosi di guarigione è indispensabile, quando si fa accesso a scuola, produrre apposita dichiarazione con allegato certificato medico dal quale si evince che non ci sono ostacoli a che l'alunno possa frequentare le lezioni sebbene con medicazioni/gesso/sutura/apparecchi gessati. Tale dichiarazione va consegnata al coordinatore di classe o all'insegnante dell'ora e va resa su apposita modulistica.

Tale documentazione va regolarmente assunta al protocollo della Scuola. Nonostante la presenza di dichiarazione e certificazione la frequenza dell'alunno deve essere comunque formalmente autorizzata dalla Dirigente Scolastico.

Detta documentazione rimane custodita agli atti della scuola.

In rispetto delle vigenti norme sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, tale richiesta di accesso degli alunni infortunati sarà oggetto di valutazione, caso per caso.

Nel caso nulla osti alla presenza dell'alunno infortunato, il Dirigente Scolastico porrà in essere ogni utile e possibile misura preventiva e organizzativa finalizzata a favorirne la frequenza delle lezioni a scuola dello studente. Tra queste misure anche il possibile spostamento di aule, l'utilizzo di ascensori e/o montacarichi, e ogni altro espediente. Il Dirigente Scolastico potrà, ulteriormente, determinare di anticipare o posticipare l'ingresso a scuola dell'alunno di cui sopra, diminuendo ogni possibile rischio in ambienti ad alto assembramento, come quelli della scuola negli orari anzidetti. Allo stesso modo potrà essere disposto che, all'interno dell'aula, gli sia collocato ad uso esclusivo dell'alunno un banco collocato in modo conveniente e utile per agevolare gli spostamenti dello stesso all'interno dell'ambiente, diminuendo possibili situazioni di rischio e garantendo la necessaria vigilanza.

La Dirigente Scolastica  
Erminia Pianelli

## Modello A

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

I sottoscritti..... (genitore 1) e .....  
(genitore 2) dell'alunno/a .....nato/a a.....il  
..... e iscritto/a in questa Scuola, nella classe.....sezione..... del  
Plesso..... piano dell'aula .....

#### Dichiara/no

Alla SSVV ill.ma di assumersi ogni responsabilità legata e derivante dal rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito recentemente un trauma o ....., consapevoli di possibili effetti derivanti dallo stare in comunità frequentando la scuola e impegnandosi a sapere e rispettare ogni eventuale addizionale prescrizione prevista dal regolamento di istituto e ogni eventuale misura organizzativa adottata dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno intanto che esso/a permanga nell'ambiente scolastico.

Luogo.....

In fede,

Firma dei genitori

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

.....

Laddove sia infattibile acquisire il consenso scritto di ambedue i genitori, si manifesta che:

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del DPR 245/2000, dichiara di aver compiuto la scelta/richiesta in rispetto delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale prevista dagli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di ambedue i genitori.

#### Firma genitori

\_\_\_\_\_ (genitore 1)

\_\_\_\_\_ (genitore 2)

**Modello B**

**Certificato di riammissione in caso di trattamento con  
suture/medicazioni/apparecchi gessati**

Si certifica che l'alunno/a..... nato/a  
..... il...../...../..... in seguito all'infortunio 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 di .....su propria richiesta.

**Luogo**.....

**Data**...../...../.....

**In fede**

Timbro e Firma del Medico

.....