

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

Il sottoscritto _____

la sottoscritta _____

genitori dell'alunno/a _____

della classe _____ Scuola (*crocettare*) ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria

plesso _____

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a

DICHIARANO INOLTRE (*crocettare l'opzione*)

☐ che il/la proprio/a figlio/a, per motivi di salute e come da documentazione medica allegata, è **temporaneamente impossibilitato/a** a svolgere le attività pratiche previste nell'ambito dell'insegnamento di Scienze motorie e sportive. Pertanto i sottoscritti chiedono che il/la proprio/a figlio/a venga esonerato/a, per il periodo indicato nella certificazione medica, dallo svolgimento delle attività pratiche incompatibili con le condizioni di salute dichiarate.

☐ che il/la proprio/a figlio/a **può normalmente frequentare** le attività pratiche nell'ambito dell'insegnamento di Scienze motorie

I sottoscritti dichiarano inoltre di aver informato la scuola di eventuali limitazioni o prescrizioni specifiche relative alle attività che il/la proprio/a figlio/a può svolgere e si impegnano a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle condizioni di salute o della prescrizione medica.

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.

Luogo e data _____

In fede

