

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC eSpazia

Oggetto: richiesta frequenza scolastica alunno/a infortunato/a

I sottoscritti \_\_\_\_\_,

genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_ a. s. 20\_\_/20\_\_

CHIEDONO

l'autorizzazione alla frequenza del proprio/a figlio/a infortunato/a e dichiarano di sollevare la scuola da ogni eventuale responsabilità; a tal fine allegano il certificato medico in cui si attesta che il medesimo, nonostante l'infortunio subito o l'eventuale impedimento (in caso di ingessature, fasciature, punti di sutura ecc.), è idoneo alla frequenza scolastica.

Monterotondo, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

FIRMA DEI GENITORI \_\_\_\_\_