

**DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITÀ PER LA FREQUENZA IN
CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI,
CARROZZINE O STAMPELLE (Come da regolamento Di Istituto)**

Il sottoscritto

La sottoscritta

Genitori dell'alunno/a

della classe _____

PLESSO ☐ Inf. Miami ☐ Inf. Viale Virginia ☐ Prim.Via Varsavia

 ☐ Prim. Praga ☐ Secondaria di I grado

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.

Ladispoli _____

In fede

Allegati : Certificazione medica per idoneità alla frequenza scolastica