



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "A.M. ENRIQUES AGNOLETTI"**

Via Ragionieri, 47 - 50019 Sesto Fiorentino - Tel. 055/453891 - Fax 055/454537

Sede associata Via G.Lorca 1 50013 Campi Bisenzio tel/fax 055/890367

Cod. Fisc. 80020270486 e-mail: [fiis018006@istruzione.it](mailto:fiis018006@istruzione.it) - [fiis018006@pec.istruzione.it](mailto:fiis018006@pec.istruzione.it)

**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/a a

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'ambiente scolastico.

In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)