



Istituto Comprensivo Statale
"UDITORE – SETTI CARRARO"
Via Tiepolo, 4 - 90145 - PALERMO TEL. 091/205442
paic8aq003@istruzione.it - paic8aq003@pec.istruzione.it /
Sito web: <http://www.icuditore-setticarraro.edu.it/>



I.C. - "UDITORE - SETTI CARRARO" - PALERMO
Prot. 0006621 del 09/10/2023
V (Uscita)

Circolare n. 41

➤ Alle famiglie degli alunni dell'Istituto

e p.c. e per quanto di competenza

- Staff del DS
- DSGA
- Uffici di Segreteria
- Personale ATA
- Argo Didup
- Sito Web

OGGETTO: PROCEDURA PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI

I genitori degli alunni che rientrano a scuola con medicazioni, suture e apparecchi gessati devono produrre la dichiarazione di responsabilità.

In caso di riammissione anticipata rispetto al periodo di prognosi di guarigione è necessario al momento dell'ingresso a scuola dell'alunno con medicazioni/gesso/sutura/apparecchi gessati che i genitori producano al coordinatore di plesso o all'insegnante di classe la dichiarazione di responsabilità (MODELLO 1) con allegato un certificato dove sia specificato che da un punto di vista medico non ci sono ostacoli a che l'alunno possa frequentare le lezioni (MODELLO 2)

La documentazione dovrà essere regolarmente assunta al protocollo della Segreteria e la frequenza dell'alunno dovrà essere sempre formalmente autorizzata dalla Dirigente Scolastica.

Tutta la documentazione di riferimento, di cui sopra, dovrà essere regolarmente tenuta agli atti.

Nel rispetto delle vigenti norme sulla sicurezza nei luoghi pubblici, la richiesta di accesso degli alunni infortunati, dovrà essere valutata caso per caso.

Nel caso nulla osti alla frequenza dell'alunno infortunato, la Dirigente Scolastica, eventualmente in coordinamento con il preposto di Plesso, adotterà tutte le possibili misure preventive e organizzative atte a favorirne la permanenza a scuola.

La Dirigente Scolastica potrà, inoltre, decidere di anticipare o posticipare l'ingresso a scuola dell'alunno interessato, riducendo la possibilità di rischi in ambienti ad alto affollamento, come quelli scolastici. Allo stesso modo potrà disporre che, all'interno della classe, gli sia riservato un banco posizionato in modo adeguato, fornendo le opportune istruzioni al personale scolastico al fine di agevolare gli spostamenti dell'alunno all'interno dell'aula e della scuola, riducendo eventuali situazioni di rischio e garantendo la necessaria vigilanza.

Si ringrazia per la collaborazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Carminia Cassarino)

(il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i.e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa)

Modello 1

**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/aa 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.

Luogo.....

In fede

Firma dei genitori (o degli esercenti
responsabilità genitoriale)

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

.....

Laddove sia impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, si dichiara:

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

FIRMA DEL GENITORE

_____ (madre) _____ (padre)

Modello 2

**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 disu propria richiesta.

Luogo.....

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

In fede

Timbro e Firma del Medico

.....