

CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI

SI CERTIFICA CHE

l'alunno
nato 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 di
su propria richiesta.

Luogo

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

In fede
Timbro e Firma del Medico

.....