

	<b>ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"</b>	
	<b>FREQUENZA SCOLASTICA ALUNNI IN CONDIZIONI FISICHE PARTICOLARI PER UN PERIODO TEMPORANEO MOD. IT1</b>	

Segrate, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_  
 della scuola \_\_\_\_\_ in merito all'infortunio  
 accorso in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, causa di inabilità temporanea dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### CHIEDE

- che venga autorizzata la frequenza del proprio figlio;
- che venga esonerato dalle lezioni di Educazione Fisica per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ come da certificato medico allegato;
- il supporto di un collaboratore scolastico e/o l'eventuale uso del montacarichi per:
  - permettere al bambino di frequentare regolarmente il servizio mensa;
  - permettere al bambino di usufruire del bagno.

Si allega alla presente copia del certificato medico con specificata l'indicazione della possibilità di frequentare la scuola.

Con la presente dichiara di sollevare l'istituto da qualsiasi responsabilità civile o penale.

Alla scadenza del certificato medico, l'alunno riprenderà a frequentare le lezioni regolarmente. In caso di prosecuzione delle condizioni fisiche particolari, i genitori dovranno compilare il mod. IT2.

Firma del genitore

\_\_\_\_\_

### Spazio riservato all Ufficio scolastico (non compilare)

#### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**VISTA** la richiesta delle famiglie, in riferimento a quanto riportato nella documentazione medica allegata  
**AUTORIZZA**

- la frequenza regolare delle lezioni, con esonero da Educazione Fisica:
- la frequenza delle lezioni con esonero da Educazione Fisica; ma dovrà entrare a scuola alle ore: \_\_\_ e uscire alle ore: \_\_\_
- la frequenza delle lezioni ma non potrà usufruire del servizio mensa pertanto dovrà uscire alle ore: \_\_\_ e rientrare alle ore: \_\_\_
- la frequenza delle lezioni per tutto il periodo di prognosi o fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico**  
(Dott.ssa Elisabetta Trisolini)