

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

Si certifica che l'alunno/alunna _____

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 di _____ su propria richiesta.

Data _____

Timbro e Firma del Medico
