

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

GENITORE DELL'ALUNNO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_ PLESSO \_\_\_\_\_

AUTORIZZA

IL RIENTRO IN CLASSE E LA FREQUENZA ALLE LEZIONI DEL/DELLA SUDDETTO/A ALUNNO/A,  
ESONERANDO IL DIRIGENTE SCOLASTICO E TUTTO IL PERSONALE IN SERVIZIO  
DA OGNI CONSEGUENZA E RESPONSABILITA' IN SEGUITO ALL'INFORTUNIO AVVENUTO IN DATA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SI ALLEGA

\_\_\_\_\_ CERTIFICAZIONE MEDICA

\_\_\_\_\_ AUTORIZZAZIONE MEDICA ALLA FREQUENZA SCOLASTICA

FIRMA

\_\_\_\_\_

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

INOLTRE DICHIARA DI AVER INFORMATO L'ALTRO GENITORE DELL'ALUNNO/A E DI AVERNE  
ACQUISITO IL CONSENSO RISPETTO A QUANTO SOPRA COMUNICATO.

FIRMA

\_\_\_\_\_