

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.

In fede
Timbro e Firma del Medico

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