



IC TE2 'Savini-San Giuseppe-San Giorgio'
C. F. 92039240673- C.M. TEIC833006
P.zza Aldo Moro, 45 - 64100 TERAMO -Tel. e fax 0861/244208
e-mail: teic833006@istruzione.it - PEC teic833006@pec.istruzione.it
www.icsavinisangiuseppesangiorgio.gov.it

I.C.-TERAMO 2 "SAVINI-S.GIUSEPPE-S.GIORGIO"
Prot. 0010457 del 25/09/2025
V (Uscita)

Alle famiglie degli alunni dell'Istituto

Al Personale Docente

Al DSGA

Al Personale ATA

Al sito Web

OGGETTO: PROCEDURA PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE, APPARECCHI GESSATI

I genitori degli alunni che rientrano a scuola con medicazioni, suture e apparecchi gessati devono produrre la dichiarazione di responsabilità.

In caso di riammissione anticipata rispetto al periodo di prognosi di guarigione è necessario al momento dell'ingresso a scuola dell'alunno con medicazioni/gesso/sutura/apparecchi gessati che i genitori producano al Dirigente scolastico la dichiarazione di responsabilità (MODELLO 1) con allegato un certificato dove sia specificato che da un punto di vista medico non ci sono ostacoli a che l'alunno possa frequentare le lezioni (MODELLO 2)

La documentazione dovrà essere regolarmente assunta al protocollo della Segreteria e la frequenza dell'alunno dovrà essere sempre *formalmente autorizzata dal Dirigente Scolastico*.

Tutta la documentazione di riferimento, di cui sopra, dovrà essere regolarmente tenuta agli atti. Nel rispetto delle vigenti norme sulla sicurezza nei luoghi pubblici, la richiesta di accesso degli alunni infortunati dovrà sempre essere valutata caso per caso.

Nel caso nulla osti alla presenza dell'alunno infortunato, il Dirigente Scolastico, eventualmente in coordinamento con il fiduciario di Plesso, adotterà tutte le possibili misure preventive e organizzative atte a favorirne la permanenza a scuola. Tra queste l'eventuale spostamento di aule, l'utilizzo di ascensori e/o montacarichi, ecc. Il Dirigente Scolastico potrà, inoltre, decidere di anticipare o posticipare l'ingresso a scuola dell'alunno interessato, riducendo la possibilità di rischi in ambienti ad

alto affollamento, come quelli scolastici. Allo stesso modo potrà disporre che, all'interno della classe, gli sia riservato un banco posizionato in modo adeguato, fornendo le opportune istruzioni al personale scolastico al fine di agevolare gli spostamenti dell'alunno all'interno dell'aula e della scuola, riducendo eventuali situazioni di rischio e garantendo la necessaria vigilanza.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Adriana Sigismondi

Firma digitale

Modello 1

DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI

I sottoscritti..... genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a iscritto/aa codesta Scuola, Classe.....Sez..... Plesso.....

Dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Luogo..... In fede

Firma dei genitori ((o degli esercenti

responsabilità genitoriale) Data...../...../.....

Laddove sia impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, si dichiara:

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

FIRMA DEL GENITORE

_____ (madre) _____ (padre)

Modello 2

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

Si certifica che l'alunno/a..... 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 disu propria richiesta.

Luogo.....

Data...../...../..... In fede

Timbro e Firma del Medico