



Scuola dell'Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado

Istituto Comprensivo Statale "SFERRACAVALLLO - ONORATO"

via Tacito, 34 - 90147 Palermo - Codice Fiscale 97165750825 - Codice Meccanografico PAIC84800V - Tel. 091.532549
www.icsferracavallo.edu.it - e-mail paic84800v@istruzione.it - e-mail certificata paic84800v@pec.istruzione.it

Circolare n. 48 del 02/10/2024

Al personale docente
Ai genitori/tutori degli alunni e delle alunne
Al personale ATA
Al DSGA

Oggetto: Rientro a scuola di alunni con prognosi e uso temporaneo di stampelle e/o gesso.

In merito a quanto emarginato in oggetto, in accordo con il RSPP, si comunicano le seguenti indicazioni operative.

L'alunno potrà frequentare la scuola nel periodo coperto dalla prognosi, su apposita richiesta della famiglia corredata da certificazione medica (Allegato A). In questi stessi casi, la famiglia può presentare Autodichiarazione, rilasciata ai sensi del DPR 445/2000, utilizzando l'Allegato B. In caso di alunno con limitazioni nella deambulazione per ingessatura o con uso temporaneo di stampelle, può essere previsto un ingresso lievemente posticipato e uscita o anticipata o posticipata dall'aula.

Nella classe/sezione, ove possibile, sarà riservato al/la bambino/a un banco appartato (e adattato) in modo che sia ridotta la possibilità di urti da parte dei compagni; ai compagni stessi sarà raccomandata ogni cautela nell'avvicinamento all'alunno ingessato onde evitare contatti pericolosi; anche il personale ausiliario adotterà le necessarie cautele in modo tale da agevolare i suoi movimenti all'interno dell'aula e della scuola.

Si ringrazia per la collaborazione.

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa Cinzia Rizzo

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 Comma 2 del D. Lgs n.39/1993)

RICHIESTA RIAMMISSIONE A SCUOLA

I sottoscritti.....e.....
genitori/tutori dell'alunno/a.....della classe.....
plesso....., per il quale è stata certificata una prognosi di giorni.....

CHIEDONO

la riammissione a scuola del/la proprio/a figlio/a.

A tal fine, allegano:

- certificato medico attestante la durata della prognosi;
- certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista o PLS attestante l' idoneità alla frequenza scolastica e le eventuali limitazioni.

Luogo e Data

Firma dei genitori/tutori:

Oggetto: Richiesta riammissione e autodichiarazione

I sottoscritti.....e.....
genitori/tutori dell'alunno/a.....della classe.....
plesso....., per il quale è stata certificata una prognosi di giorni.....

CHIEDONO

la riammissione a scuola del/la proprio/a figlio/a.

A tal fine, dichiarano - ai sensi dell'articolo 26, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 81/08 e dell'articolo 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 - che il medico curante/specialista o PLS ha dichiarato che l'alunno/a può svolgere regolare attività didattica senza limitazioni.

OPPURE

con le seguenti limitazioni

Luogo e Data

Firma dei genitori/tutori:

