****

**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 ……/……/….… | | ……………………………….. |