

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

Si certifica che l'alunno _____

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 su propria richiesta

Data _____

In fede

Timbro e firma del medico