

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

.....