

## 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 .....

Data ...../...../.....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

.....