

**Oggetto: certificato di riammissione in caso di trattamento con medicazioni/suture o apparecchi gessati**

Si certifica che l'alunno/a ..... nato/a il ..... in seguito all'infortunio/evento avvenuto il ..... che ha comportato un trattamento con prognosi ..... non presenta, da un punto di vista medico, ostacoli alla frequenza delle lezioni ad esclusione della partecipazione ad attività motoria/ educazione fisica.

Si rilascia al genitore di ..... su propria richiesta.

In fede

Timbro e firma del medico

.....