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

In fede

Timbro e firma del medico