



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI BRICHERASIO

### Scuola dell'infanzia - Scuola primaria e scuola secondaria di primo grado

Via C. Bollea, 3 - 10060 BRICHERASIO (TO) - Tel. 0121-59168

E-mail: [toic84200d@istruzione.it](mailto:toic84200d@istruzione.it) PEC : [toic84200d@pec.istruzione.it](mailto:toic84200d@pec.istruzione.it)

Sito: [www.icbricherasio.edu.it](http://www.icbricherasio.edu.it)

C.F. 94544620019 - C.M. TOIC84200D

Circ. permanente n. 14

Bricherasio, data e protocollo vd timbro

I.C. BRICHERASIO

Prot. 0002031 del 10/02/2026

IV (Uscita)

Agli alunni dell'Istituto

Ai Signori genitori

Al Personale Docente

Al DSGA

Al Personale ATA

Atti/Sito/Bacheca

### **Oggetto: Procedura per la riammissione a scuola in caso di presenza di medicazioni, suture, apparecchi gessati a seguito infortuni di varia natura**

Si comunica che sulla base delle norme scolastiche gli alunni, reduci da infortuni di varia natura (incidenti domestici, sportivi ecc.), non possono frequentare la scuola nel periodo coperto dalla prognosi.

Tuttavia, il genitore può presentare apposita richiesta di riammissione alla Dirigente Scolastica, corredata da certificazione nella quale si attesti che l'alunno/a, nonostante l'infortunio subito o l'eventuale impedimento (gessi, fasciature, punti di sutura), è idoneo/a alla frequenza scolastica.

Ove il referto medico sia quello rilasciato dagli enti ospedalieri al momento dell'infortunio, è necessaria una ulteriore CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA che attesti espressamente la non sussistenza di ostacoli alla frequenza delle lezioni da parte dell'alunno/a.

In rispetto delle vigenti norme sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, ta<sup>le</sup> richiesta di accesso degli alunni infortunati sarà oggetto di valutazione, caso per caso.

**In particolare, nel rispetto delle vigenti norme sulla sicurezza nei luoghi pubblici, la richiesta di accesso di alunni temporaneamente deambulanti con stampelle o sedie a rotelle, sarà valutata caso per caso; nella scuola dell'infanzia, si potranno modificare i tempi di**

**presenza a scuola, in base all'entità e alle limitazioni che gesso, stampelle e/o altro possono arrecare.**

Può essere previsto un ingresso e/o una uscita lievemente posticipati per evitare i momenti di ressa, ma, pur adottando le precauzioni onde evitare pericolosi contatti con i compagni o per agevolare movimenti dell'infortunato/a all'interno dell'aula, SI RICORDA che la scuola è un ambiente ad alto affollamento e non è sterile (in caso di punti o ferite).

Nel caso nulla osti alla presenza dell'alunno infortunato, il Dirigente Scolastico porrà in essere ogni utile e possibile misura preventiva e organizzativa finalizzata a favorirne la frequenza delle lezioni a scuola dello studente.

Inoltre l'alunno deve essere autonomo per affrontare una eventuale evacuazione in caso di emergenza.

Si richiama l'attenzione dei docenti e del personale ATA sull'applicazione della norma affinché **il rientro a scuola degli alunni con prognosi NON SIA CONSENTITO SENZA L'AUTORIZZAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO.**

La suddetta procedura, insieme al modulo per la richiesta di riammissione, allegato alla presente, sono disponibili anche contattando la Segreteria.

Si evidenzia che non saranno prese in considerazione le richieste incomplete.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Barbara CAPRILI  
(Documento informatico firmato  
digitalmente ai sensi del C.A.D. e sssmm)

## Modello A

### DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSIONATI

I sottoscritti.....(genitore 1) e ..... (genitore 2) dell'alunno/a .....nato/a a.....il ..... e iscritto/a in questa Scuola, nella classe.....sezione..... del Plesso..... piano dell'aula .....

#### Dichiarano

di assumersi ogni responsabilità legata e derivante dal rientro a Scuola del proprio figlio/a (vedi documento medico allegato), che ha subito recentemente un trauma o un infortunio, consapevoli di possibili effetti derivanti dallo stare in comunità frequentando la scuola e impegnandosi a sapere e rispettare ogni eventuale prescrizione prevista dal regolamento di istituto e ogni eventuale misura organizzativa adottata dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno intanto che esso/a permanga nell'ambiente scolastico.

#### Luogo e data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

In fede

#### Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Laddove sia infattibile acquisire il consenso scritto di ambedue i genitori, si manifesta che:

- Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del DPR 245/2000, dichiara di aver compiuto la scelta/richiesta in rispetto delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale prevista dagli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di ambedue i genitori.

#### Firma del genitore

\_\_\_\_\_

**Modello B**

**Certificato di riammissione in caso di trattamento con suture/medicazioni/gessi**

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 n. .... giorni, non presenta da un punto  
di vista medico ostacoli alla frequenza delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad  
attività motorie.

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

**In fede**

**Timbro e Firma del Medico**

**Luogo e data**

---