

Modello B

**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

.....