

Richiesta frequenza alunni in infortunio

Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo
di Traversetolo

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ in Via _____ n° _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____ frequentante
la classe ____/____ della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di 1° grado,

CHIEDE

che il proprio figlio/a, **nonostante l'infortunio subito o l'impedimento fisico temporaneo** (ingessatura, fasciatura ...) fino al _____, **possa frequentare ugualmente le lezioni scolastiche.**

Allega alla presente **certificazione medica** comprovante l'idoneità alla frequenza scolastica nel suddetto periodo.

Traversetolo, _____

FIRMA