

Al Dirigente Scolastico  
Dell'istituto Comprensivo "Maria Grazia Cutuli" di Roma

**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.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

In fede  
Timbro e Firma del Medico