

 	<p>Istituto Comprensivo "SCIANNA- CIRINCIONE" ad indirizzo musicale</p> <p>Via De Spuches, n.4 - 90011 BAGHERIA (PA) C.F. 90026560822 - C.M. PAIC8BU00A <u>PEC: paic8bu00a@pec.istruzione.it</u> <u>PEO: paic8bu00a@istruzione.it</u> 091/ 963714 – 091/8942312 <u>http://www.icsciannacirincione.edu.it</u></p>	 
--	--	--

Circ. n.41 del 24/09/2024

Al personale docente
 Ai genitori/tutori degli alunni e delle alunne
 Al personale ATA
 Al DSGA

Oggetto: Rientro a scuola di alunni con prognosi e uso temporaneo di stampelle e/o gesso.

In merito a quanto in oggetto, in accordo con il RSPP, si comunicano le seguenti indicazioni operative.

L'alunno potrà frequentare la scuola nel periodo coperto dalla prognosi, su apposita richiesta della famiglia corredata da certificazione medica (Allegato A). In questi stessi casi, la famiglia può presentare Autodichiarazione, rilasciata ai sensi del DPR 445/2000, utilizzando l'Allegato B.

In caso di alunno con limitazioni nella deambulazione per ingessatura o con uso temporaneo di stampelle, può essere previsto un ingresso lievemente posticipato e uscita o anticipata o posticipata dall'aula.

Nella classe/sezione, ove possibile, sarà riservato al/la bambino/a un banco appartato (e adattato) in modo che sia ridotta la possibilità di urti da parte dei compagni; ai compagni stessi sarà raccomandata ogni cautela nell'avvicinamento all'alunno ingessato onde evitare contatti pericolosi; anche il personale ausiliario adotterà le necessarie cautele in modo tale da agevolare i suoi movimenti all'interno dell'aula e della scuola.

Si ringrazia per la collaborazione.

La Dirigente scolastica
 Prof.ssa Giuseppina D'Amico
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3,
 comma 2, del D.lgs n.39/93*

ALLEGATO A

**Al Dirigente Scolastico
Dell'IC Scianna Cirincione**

RICHIESTA RIAMMISSIONE A SCUOLA

I sottoscritti.....e.....
genitori/tutori dell'alunno/a.....della classe.....
plesso....., per il quale è stata certificata una prognosi di giorni.....

CHIEDONO

la riammissione a scuola del/la proprio/a figlio/a.

A tal fine, allegano:

- certificato medico attestante la durata della prognosi;
- certificato medico rilasciato dal medico curante/specialista o PLS attestante l' idoneità alla frequenza scolastica e le eventuali limitazioni.

Luogo e Data

Firma dei genitori/tutori:

ALLEGATO B

**Al Dirigente Scolastico
Dell'IC Scianna Cirincione**

Oggetto: Richiesta riammissione e autodichiarazione

I sottoscritti.....e.....
genitori/tutori dell'alunno/a.....della classe.....
plesso....., per il quale è stata certificata una prognosi di giorni.....

CHIEDONO

la riammissione a scuola del/la proprio/a figlio/a.

A tal fine, dichiarano - ai sensi dell'articolo 26, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 81/08 e dell'articolo 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 - che il medico curante/specialista o PLS ha dichiarato che l'alunno/a può svolgere regolare attività didattica senza limitazioni.

OPPURE

con le seguenti limitazioni

Luogo e Data

Firma dei genitori/tutori:

