

**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 .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....