

**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

In fede

Timbro e firma del medico