

Al Dirigente Scolastico  
della D.D. "E. Salgari"  
Palermo

**Oggetto: richiesta frequenza scolastica alunno/a infortunato/a o con impedimento.**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ ,  
genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_, plesso \_\_\_\_\_ a. s. 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**CHIEDONO**

l'autorizzazione alla frequenza del proprio figlio/figlia infortunato/a e a tal fine **allegano il certificato medico** in cui si attesta che il medesimo, nonostante l'infortunio subito o l'eventuale impedimento (in caso di ingessature, fasciature, punti di sutura ecc...), è idoneo alla frequenza scolastica, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie.

Palermo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_