



A.S. 2024 – 2025

agg. 10/04/2024

Dichiarazione rilasciata in occasione della ripresa dell'attività scolastica dopo assenza (anche di un solo giorno)

Io sottoscritto/a _____

Genitore /Tutore del minore _____

frequentante la scuola dell'infanzia

() **Carcano Grassi via Nazario Sauro n. 1**

nella valorizzazione della fiducia reciproca alla base del patto di corresponsabilità

Dichiara

(barrare la casella di interesse)

- che l'assenza del proprio figlio/a dal giorno _____ al giorno _____ **non è stata causata da malattia;**
- che l'assenza del proprio figlio/a dal giorno _____ al giorno _____ **è stata causata da malattia / infortunio ed è completamente guarito/a**, pur essendo privo/a di certificato medico rilasciato dal Pediatra di Libera Scelta / Medico di Medicina Generale.

In tal caso, dichiara quindi che il/la proprio/a figlio/a, dopo averne valutato il buono stato di salute complessivo laddove necessario anche con il proprio Medico / Pediatra di fiducia, non presenta

- evidenti sintomi influenzali anche riconducibili a possibili infezioni batteriche e/o virali (raffreddore, tosse, "naso colante", temperatura corporea alterata, mal di testa, dolori muscolari, ...);
- sintomatologia respiratoria o temperatura corporea superiore a 37,5°C al momento dell'ingresso in struttura e anche nei tre giorni precedenti;
- altra sintomatologia che possa far sospettare l'inizio di una malattia infettiva e/o comunque contagiosa;
- condizioni generali di salute che impediscano al/la bambino/a, anche in considerazione dell'età, di partecipare adeguatamente alle attività della scuola e/o che richiedano cure straordinarie che il personale non è in grado di fornire senza compromettere la salute e la sicurezza degli altri bambini.

Cormano, (data) _____

In fede

(Firma del Genitore / Tutore legale per esteso e leggibile): _____