



DIREZIONE DIDATTICA STATALE
Viale Carlo Alberto dalla Chiesa, 1
Tel. 011/9882714 - fax 9829280- e-mail: volelma@tin.it
10088 VOLPIANO (TO)

Ai genitori dell'alunno/a

cl. _____ sez. _____

Si comunica che in data odierna si è verificato il seguente infortunio:

ora _____ luogo _____

descrizione:

L'alunno/a ha lamentato _____

Qualora il/la bambino/a venga portato al pronto soccorso o da un medico, il referto deve essere consegnato da un genitore alla segreteria entro il giorno successivo all'infortunio.

Se il genitore non ritiene necessario accompagnare il/la bambino/a al Pronto Soccorso o dal medico dovrà compilare il tagliando sottostante e consegnarlo all'insegnante.

Data _____

Firma Insegnante

DA RESTITUIRE

Infortunio alunno/a _____

Avvenuto il _____

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a _____
cl. _____ sez. _____ dichiara di NON aver ritenuto necessario un controllo medico.

Data, _____

Firma
