Oggetto: comunicazione infortunio alunn_____

Classe _____

Il/la sottoscritt_____qualifica_____

Comunica l'infortunio dell'alunn_____

nat_a_____il _____

residente a_____Via/P.zza_____

tel.n._____/_____cell n_____ _____

giorno dell'infortunio_____ore_____luogo_____

_____

l'infortunio è avvenuto durante _____

dinamica dell'infortunio, descrizione della causa e delle circostanze _____

_____

_____

_____

_____

natura sede delle lesioni riportate_____

orario di uscita dell'alunn_____

Testimoni dell'accaduto:

cognome e nome_____nat_ a _____

il_____residente_____via Piazza_____

telef_____

cognome e nome_____nat_ a _____

il_____residente_____via Piazza_____

telef_____

firma

_____

OGGETTO: PRESENTAZIONE CERTIFICATO MEDICO INFORTUNIO

IL/LA SOTTOSCRITT___ _____

GENITORE/TUTORE _____

NAT___ A_____IL _____

RESIDENTE A _____VIA/PIAZZA_____

TEL_____CELL._____

DICHIARA DI AVER PRESENTATO ALLA SEGRETERIA DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO

G. OBERDAN IL GIORNO_____ALLE ORE_____IL CERTIFICATO MEDICO

RELATIVO ALL'INFORTUNIO ACCORSO AL___PROPRI____IL GIORNO_____

DATA_____

FIRMA DEL GENITORE

_____