

DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE DEL BAMBINO DOPO ALLONTANAMENTO PER MOTIVI DI SALUTE



Io sottoscritto/a _____,

genitore di _____, che

(selezionare il solo caso di interesse tra quelli sottostanti)

<input type="checkbox"/>	era malato di malattia che non richiede l'attestazione del medico per la ripresa della frequenza
<input type="checkbox"/>	era stato/a allontanato/a dal servizio in data _____ per condizioni di malessere incompatibili con la frequenza non classificate tra i sintomi sospetti Covid-19 (*)
<input type="checkbox"/>	era stato/a allontanato/a dal servizio in data _____ per sospetto di caso Covid-19 di un convivente che presentava sintomi quali febbre, diarrea, vomito, tosse, dispnea, rinorrea/ congestione nasale, cefalea, faringodinia, mialgia, ageusia/ disgeusia, anosmia/ iposmia, congiuntivite

dichiaro di aver acquisito il parere del medico curante sullo stato di salute di mio/a figlio/a e dei familiari e di essermi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda le eventuali terapie da adottare ed i tempi e le condizioni per il rientro in comunità. In base a quanto indicatomi dal medico suddetto, mio/a figlio/a può riprendere a frequentare il servizio a partire dalla data odierna.

Data _____

Firma _____

(*): il presente modulo non può essere utilizzato per il rientro presso il servizio a seguito di sintomo del bambino tra quelli previsti dalla normativa come indicatori di possibile presenza del virus Sars-Cov-2 (Covid-19): febbre, diarrea, vomito, tosse, dispnea, rinorrea/ congestione nasale, cefalea, faringodinia, mialgia, ageusia/ disgeusia, anosmia/ iposmia, congiuntivite