|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\gestione1.ICPLAMBRO\Desktop\ministero.download.png | **Istituto Comprensivo Ponte Lambro**Via Trieste, 33 – 22037 Ponte LambroTel. 031620625 – Fax 031623181 - CF 82006820136coic80400v@istruzione.it ; coic80400v@pec.istruzione.itSito web: [www.icpontelambro.edu.it](http://www.icpontelambro.edu.it) | Logo scuola Ponte Lambro |

Modèle DICH.1 (à remettre au professeur de classe)

**AUTO-DÉCLARATION POUR LE RETOUR DE L'ÉLÈVE À L'ÉCOLE EN CAS D'ABSENCE POUR DES PATHOLOGIES NON LIÉES AU COVID**

Le soussigné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

né à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

résident \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

en tant que parent (ou titulaire de la responsabilité parentale) de l'élève

prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe section \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ école \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DÉCLARE \*

en application de la législation en vigueur en matière et sachant que quiconque fait de fausses déclarations est puni en application du code pénal et des lois spéciales en matière, en application et par effet de l'art. 46 Décret présidentiel n. 445/2000) :

que l'enfant est absent du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 et (sélectionnez la bonne option) :

☐ avoir entendu le Pédiatre de Famille / Médecin Généraliste Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qu**i n'a pas jugé nécessaire** de soumettre l'élève au parcours diagnostique-thérapeutique et de prévention du COVID-19 tel que requis par la législation nationale et régionale ;

☐ **ne pas avoir demandé d'avis médical** puisque les symptômes détectés n'étaient pas évocateurs de COVID-19, la famille assume donc l'entière responsabilité de l'évaluation de l'état de santé du mineur.

☐ **au retour de quarantaine fiduciaire** (après 10 jours en présentant un écouvillon négatif ou après 14 jours, en assumant l'entière responsabilité de l'évaluation de l'état de santé du mineur).

**DEMANDE donc la réadmission à l'école de l'élève.**

Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le parent / titulaire de la responsabilité parentale

 Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dans le cas où il est impossible d'obtenir le consentement écrit des deux parents ou lorsqu'un parent est introuvable.

« Les soussignés, conscients des conséquences administratives et pénales pour ceux qui délivrent des déclarations non correspondant à la vérité, conformément au décret présidentiel 445/2000, déclare avoir fait le choix / la demande en conformité des dispositions sur la responsabilité parentale conformément à l'art. 316, 337 ter et 337 quater du code civil, qui exiger le consentement des deux parents ».

Date: Ponte Lambro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Le déclarant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Cette auto-déclaration NE REMPLACE PAS la justification sur le journal scolaire.