MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "Anna MOLINARO"
Via Cassia Nuova, 1 – 01027 Montefiascone (VT)
☎ 0761/826019 - ✉ *vtic82800t@istruzione.it – vtic82800t@pec.istruzione.it*
C.M. : VTIC82800T - c.f. : 80022690566

AUTORIZZAZIONI – DELEGHE – INFORMAZIONI SULL'ALUNNO a. s.

Gentili genitori,
si richiede di compilare il presente modulo per acquisire tutte le informazioni che possano essere utili affinché suo figlio possa affrontare con serenità il prossimo anno scolastico e la scuola sia in grado di offrire alle famiglie tutti i servizi di cui hanno bisogno.
Il modulo compilato, salvato in formato PDF, va spedito tramite posta elettronica all'indirizzo: vtic82800t@istruzione.it
entro il 12 settembre, unitamente alla altra documentazione necessaria, insieme alla copia di un documento di riconoscimento.

Il sottoscritto(padre)_____

nato a_____ il _____ e

residente a_____ in via _____,

la sottoscritta(madre)_____

nata a_____ il _____ e

residente a_____ in via _____,

genitori dell'alunno/a_____frequentante nell'anno scolastico la classe____ sez.____ della scuola: ◯ infanzia ◯ primaria ◉ secondaria di I grado,
a conferma o variazione di quanto dichiarato/richiesto nell'a. s. precedente

DICHIARANO / RICHIEDONO / AUTORIZZANO, per il proprio figlio/a, quanto segue:

- Dichiarano di essere a conoscenza che, fino a diversa comunicazione e/o integrazione da parte dei sottoscritti, quanto richiesto, dichiarato e autorizzato tramite il presente modulo sarà ritenuto valido per l'a.s. in corso e per l'intera durata di ogni ciclo scolastico: ☐ **SI**

- Dichiarano di aver letto e di accettare il patto educativo di corresponsabilità presente nel settore modulistica riservato alle famiglie sul sito dell'Istituto: ◉ SI ◯ NO

- Autorizzano il/la proprio/a figlio/a, per il corrente anno scolastico e per i seguenti, fino alla conclusione del ciclo scolastico, alla partecipazione a visite guidate e uscite didattiche organizzate dai docenti, da effettuarsi in orario scolastico, con l'utilizzo degli scuolabus comunali e/o a piedi: ◯ SI ◯ NO

Inoltre

dichiarano, al fine di prevenire e tutelare la salute del proprio figlio/a e fornire alla scuola adeguata e necessaria informazione, quanto segue in merito allo stato di salute dell'alunno/a:

- ◯ l'alunno/a non soffre di allergie / intolleranze
- ◯ l'alunno/a soffre delle seguenti allergie / intolleranze:

_____

per le quali si allega certificato medico

- Dichiarano che l'alunno/a, per il tragitto casa-scuola e scuola-casa si avvale del servizio di scuolabus comunali: ◯ SI ◯ NO

- Dichiarano che la vigilanza del suddetto alunno al termine delle lezioni sarà assunta da:

◉ Personalmente

◯ Tramite le seguenti persone da noi delegate, e maggiorenni, delle quali si allega copia del documento di identità indicato:

Cognome	Nome	Data di nascita	Documento di identità	Numero documento di identità	scadenza

In caso di delega al ritiro degli alunni allegare il file del documento di riconoscimento in corso di validità di tutte le persone delegate.

Montefiascone,_____

Firme dei genitori

_____

_____

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs. 39/93.
Ricordarsi di allegare copia del documento di identità

N.B. allegare in ogni caso il file del documento di riconoscimento in corso di validità dei genitori firmatari.