



MOD. 01/2021 as 2021/2022

COMPILARE IN TUTTE LE PARTI - FRONTE E RETRO - E CONSEGNARE FIRMATO ALL'INSEGNANTE NEL PIÙ BREVE TEMPO POSSIBILE. QUALORA FOSSE NECESSARIA LA MODIFICA DI QUESTE RICHIESTE SI COMPILI UN NUOVO MODULO E/O SI COMUNICHI SEMPRE IN FORMA SCRITTA.

ALUNNO **CLASSE**

SCUOLA DELL'INFANZIA SEZIONE PRIMAVERA

1. RECAPITI UTILIZZABILI IN CASO DI URGENTI NECESSITA'

tel/cell. 1risponde:.....

tel/cell. 2risponde:.....

tel/cell. 3risponde:.....

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto della normativa vigente.

2. USCITA DA SCUOLA

Il sottoscritto (genitore o tutore).....
consapevole dalla propria responsabilità **CHIEDE** e **AUTORIZZA** che l'alunno/a

al termine delle lezioni possa uscire:

- prelevato e accompagnato da (ai sensi dell'art.591 Codice Penale, al ritiro non può essere delegata persona minore di anni 18)
Cognome e nome:.....qualifica:..... Carta d'Identità N.
- Cognome e nome:.....qualifica:..... Carta d'Identità N.
- Cognome e nome:.....qualifica:..... Carta d'Identità N.

prelevato dall'autista del servizio pulmini

Sig.
della ditta.....tel/cell.....

DICHIARO di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente la scuola stessa e tutto il personale.
PRENDO ATTO che la responsabilità della Scuola cessa dal momento in cui l'alunno viene affidato alla persona delegata.

4. PRANZO A SCUOLA

DICHIARO LA PRESENZA DI: ALLERGIE INTOLLERANZE DIETA PARTICOLARE

ALLEGO CERTIFICATO MEDICO E SPECIFICHE INDICAZIONI SCRITTE

***** CONTINUARE LA COMPILAZIONE SULL'ALTRO LATO**

5. SOMMINISTRAZIONE FARMACI

DICHIARO LA PRESENZA DELLA PATOLOGIA:

CHIEDO

- sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, **di cui si allega prescrizione medica**
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, **di cui si allega prescrizione medica.**

Mi impegno a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità. Inoltre comunicherò immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

I genitori si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

6. PATTO DI RESPONSABILITÀ – CONTENIMENTO CONTAGIO COVID-19

DICHIARO DI AVER LETTO E SOTTOSCRITTO IL PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA TRA IL GESTORE DEL SERVIZIO SCOLASTICO PER L'INFANZIA E LA FAMIGLIA

Circa le misure organizzative, igienico-sanitarie e ai comportamenti individuali volti al contenimento della diffusione del contagio da Covid-19

A conferma di quanto sopra

Data.....**FIRMA***

*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale.