

***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. CAFFARO"***

***Scuola dell’infanzia – Scuola primaria e scuola secondaria di primo grado***

*Via C. Bollea,3 - 10060 BRICHERASIO (TO) - Tel. 0121-59168 Fax 0121-349717*

*E-mail:* [*TOIC84200D@istruzione.it*](about:blank)

*Indirizzo posta elettronica certificata : TOIC84200D@PEC.ISTRUZIONE.IT*

*Sito:*www.iccaffarobricherasio.gov.it

*C.F. 94544620019 – C.M. TOIC84200D*

**MODULISTICA A.S. 2022/2023**

**ALLIEVO/A:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CLASSE FREQUENTATA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PLESSO COMUNE DI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ORDINE DI SCUOLA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□ Scuola dell’Infanzia**

**□ Scuola Primaria**

**□ Scuola Secondaria di primo grado**

**classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLESSO Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***NOTA BENE: nello spazio della firma è sufficiente riportare nome e cognome del genitore e l’invio del file via mail a*** [***toic84200d@istruzione.it***](about:blank) ***fungerà da firma digitale e garantirà la fedeltà del documento, verrà protocollato e messo agli atti nel fascicolo dello studente.***

***SEZIONE ANAGRAFICA***

**ALUNNO/A**

**Cognome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Città (o stato estero) di nascita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Provincia di nascita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data di nascita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Residenza(via/piazza, numero civico, città, provincia, CAP):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PADRE/AFFIDATARIO**

**Cognome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Città (o stato estero) di nascita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Provincia di nascita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data di nascita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Residenza(via/piazza, numero civico, città, provincia, CAP):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Recapito telefonico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MADRE/AFFIDATARIA**

**Cognome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Città (o stato estero) di nascita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia di nascita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data di nascita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Residenza(via/piazza, numero civico, città, provincia, CAP):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Recapito telefonico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma della madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***SOMMINISTRAZIONE FARMACI***

I sottoscritti genitori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO CHE:**(barrare con una crocetta la situazione attuale)

* è in atto una procedura di somministrazione di farmaci E IL PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE è già stato richiesto e avviato
* non è in atto una procedura di somministrazione di farmaci e ci presenteremo in segreteria per l’avvio del protocollo

Nel caso in cui si verificassero richieste da parte dei genitori, in tal senso e successivamente alla data della presente, si ricorda che è necessario far pervenire a questo Istituto la modulistica relativa, la prescrizione medica con l’evidenziazione delle modalità e dei tempi di somministrazione dei farmaci prescritti dai medici curanti (richiedere modulistica presso la Segreteria di questo Istituto).

Le SS.LL. informeranno inoltre tempestivamente gli insegnanti di classe ed il D.S. per valutare insieme il da farsi e gestire al meglio la situazione.

Firma padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***AUTORIZZAZIONE USCITA AUTONOMA AI SENSI DELL’ART. 19-bis del DL 148/2017, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 4/12/2017, n. 172***

***(solo scuola secondaria di I grado)***

***Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo “A. Caffaro” di Bricherasio***

**Isottoscritti…………………………………………………………………………………,nato a ………………………………………….il…………………………………. e la sottoscritta …………………………………………………………, nata a……………………………………… il……………………………, in qualità di genitori/tutori legali/affidatari dell’alunno/a**………………………………..............., nato/aa……………………………………… il…………………….,frequentante attualmente la classe ……..….. , sez. ………….della scuola Secondaria di I° grado di ……………………,

consapevoli delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 483, 495, 496 del Codice Penale), ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt. 46 e 47

**DICHIARANO**

di essere consapevoli che il /la proprio figlio/a ha capacità autonome di gestire se stesso e il contesto ambientale, dimostrando di conoscere i corretti comportamenti e le principali regole della circolazione stradale, evidenziando maturità psicologica, autonomia e adeguate capacità di attenzione, concentrazione e senso di responsabilità, sufficienti per affrontare il tragitto.

Ciò premesso,

**AUTORIZZANO**

l’Istituto Comprensivo “A. Caffaro” di Bricherasio, ai sensi dell’art. 19-bis del D.L.16/10/2017, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla L. 4/12/2017, n. 172, **a consentire l’uscita autonoma del/della proprio/a figlio/a dai locali scolastici al termine dell’orario delle lezioni e/o rilasciano autorizzazione affinché il/la figlio/a usufruisca in modo autonomo del servizio di trasporto scolastico.**

**Si allegano copie dei documenti di identità di entrambi i genitori/tutori/affidatari.**

**Firma dei genitori/tutori/affidatari del minore**

Firma padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bricherasio, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***allergie e intolleranze alimentari***

I sottoscritti genitori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO** di essere consapevoli che, in caso di allergie e/o intolleranze alimentari certificate da un medico, devono darne formale e tempestiva comunicazione alla scuola.

**DICHIARANO** inoltre che il/la proprio/a figlio/a ha le seguenti allergie/intolleranze alimentari, oppure non consuma i seguenti cibi per scelta etica, religiosa o altro (indicare):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATI INDISPENSABILI IN CASO DI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI: certificazione medica**

Firma padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***DELEGA USCITA IN ORARIO SCOLASTICO O AL TERMINE DELLE LEZIONI***

I sottoscritti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori / affidatari dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria di primo grado di………………………………….

|  |
| --- |
| **CHIEDONO**che il/la minore venga lasciato/a uscire dalla scuola, accompagnato/a dai richiedenti e sotto la loro responsabilità, qualora i sottoscritti siano impossibilitati al ritiro. Delegano le sottoelencate persone: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Luogo e data di nascita** | **Grado di parentela** | **Recapito telefonico** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

I sottoscritti comunicheranno, con apposita richiesta, volta per volta la data dell’uscita anticipata.

**ALLEGATI INDISPENSABILI: fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità per ciascun delegato**

Firma padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODULO INTEGRATIVO PER LA SCELTA DEGLI ALUNNI CHE NON SI AVVALGONO DELL’INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA**

*( la scelta operata ha effetto per l’intero anno scolastico* 2022/2023*)*

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore/affidatario dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Scuola dell’Infanzia □ Scuola Primaria □ Scuola Secondaria di primo grado

classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLESSO Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che il proprio figlio/a, che ha scelto di non avvalersi dell’insegnamento della Religione Cattolica, svolga la seguente attività alternativa:

*(La scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa)*

□ ATTIVITA’ ALTERNATIVA ALL’INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA *Tutti gli ordini*

□ NON FREQUENZA DELLA SCUOLA NELLE ORE DI INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA ( *uscita anticipata o entrata posticipata, sarà possibile solo nel caso in cui le ore di IRC siano all’inizio oppure alla fine dell’orario scolastico giornaliero, cioè prime o ultime ore di lezione*) *Opzione valida solo per la scuola secondaria di primo grado*

□ ATTIVITA’ DI STUDIO E/O DI RICERCA INDIVIDUALE ( l’insegnante fa solo sorveglianza e non assistenza). *Opzione valida solo per la scuola secondaria di primo grado*

Consapevole delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori, il/la sottoscritto/a dichiara di aver effettuato la scelta relativa all’iscrizione del/la proprio/a figlio/a in accordo con l’altro genitore.

Firma padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. i dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto della privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305.**

***TRATTAMENTO DATI***

Noi sottoscritti genitori/affidatari dell’alunno/a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista ***l’informativa al Trattamento dati*** pubblicata sul sito nella sezione Privacy dichiarano di accettare il trattamento dei dati ai sensi del GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 e Dlgs. N. 101/2018

Firma padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# *USCITE DIDATTICHE SUL TERRITORIO*

I sottoscritti genitori / affidatari dell’alunno/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# AUTORIZZANO Il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle escursioni a piedi, limitate al territorio comunale, che potranno essere organizzate dai docenti durante il corso dell’anno scolastico. Di ogni uscita si darà opportuna e tempestiva comunicazione alle famiglie.

Firma padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PROGETTO “SICURAMENTE SICURI”***

I sottoscritti genitori/affidatari dell’alunno/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO** gli/le insegnanti a riprendere il /la proprio/a figlio/a durante le attività legate al progetto di Istituto“Sicuramente Sicuri” con strumenti video-tecnologici.

Autorizzano inoltre l’utilizzo e l’eventuale pubblicazione dei materiali prodotti, cartacei e non (cartelloni, fotografie, libri, cd, …), per la partecipazione a mostre e concorsi promossi dagli Enti Locali, Regionali e/o nazionali e per la pubblicazione degli stessi sui giornali.

Firma padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***AUTORIZZAZIONE PER RIPRESE FOTOGRAFICHE/VIDEO DI ESPERIENZE SCOLASTICHE***

Noi sottoscritti genitori/affidatari dell’alunno/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZIAMO**:

* che nostro/a figlio/a venga ripreso/a a scuola in video e/o fotografie durante le attività/esperienze didattiche per creare una raccolta, anche su dvd e/o cd, da distribuire ai genitori degli alunni della classe e/o plesso nella quale lui/lei stesso/a è inserito/a;
* l’eventuale duplicazione, pubblicazione su settimanali locali, internet o affissione nei locali scolastici;
* che nostro/a figlio/a prenda parte alla fotografia di classe che verrà eseguita da un fotografo professionista o da personale scolastico e che verrà venduta e/o distribuita ai genitori degli alunni della classe nella quale lui/lei stesso/a è inserito/a.

Firma padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***MENSA SCOLASTICA***

I sottoscritti genitori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICANO** che il/la proprio figlio/a

usufruirà sempre del servizio mensa per l’a.s. 2022/2023

usufruirà del servizio mensa per l’a.s 2022/2023 **solo** nei giorni di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

non usufruirà del servizio mensa per l’a.s 2022/2023

Comunicano inoltre di essere a conoscenza che l’alunno/a iscritto/a al servizio che dovesse in una giornata non usufruire della mensa potrà uscire da scuola solo accompagnato/a da un genitore o da persona fornita di delega depositata in segreteria, alla stregua di un’uscita anticipata, che prima firmerà nell’apposito registro depositato presso i collaboratori scolastici.

Firma padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***SOMMINISTRAZIONE CIBI CONFEZIONATI A SCUOLA***

Noi sottoscritti genitori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SIAMO CONSAPEVOLI** che in occasione di feste e compleanni a scuola **non si possono portare alimenti preparati in casa** ma solamente prodotti secchi confezionati singolarmente da un soggetto autorizzato alla produzione di alimenti e privi di componenti velocemente degradabili (creme, panna ecc.) e che deve sempre essere presente sulla confezione l’indicazione degli ingredienti e in caso di cibo prodotto artigianalmente (panettiere, pasticciere) bisogna farsi indicare gli ingredienti, allegati allo scontrino per la rintracciabilità.

**In merito al consumo di cibo portato da compagni di nostro/a figlio/a durante l’orario scolastico per una festa e distribuiti dagli insegnanti,**

**DICHIARIAMO QUANTO SEGUE: nostro/a figlio/a sopra generalizzato/a**

**🞎 può consumare qualsiasi tipo di cibo**

**🞎 non può consumare alcun tipo di cibo**

**🞎 non può consumare questi alimenti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***INFORMATIVA PEDICULOSI***

La pediculosi è un’infestazione da parte di pidocchi. Negli ultimi anni il fenomeno è cresciuto progressivamente, in particolare tra la popolazione scolastica. Non esistono metodi preventivi sicuri e definitivi. L’unica corretta misura di prevenzione è costituita dall’identificazione precoce dei casi, attuata mediante il **controllo settimanale dei capelli** (per esempio prima di lavarli) **del proprio figlio/a da parte dei genitori**. **Questo è l’unico intervento di provata efficacia.** E’ inoltre importante non scambiare cappelli, sciarpe o foulard con altre persone.

**In caso di presenza di pidocchi o lendini (uova del pidocchio) sul capo di un/a bambino/a, lo/a stesso/a non può frequentare la scuola fino al giorno dopo il primo trattamento correttamente effettuato contro la pediculosi.**L’avvenuto trattamento può essere certificato dal medico curante o dichiarato per iscritto da uno dei genitori/tutori (il modulo è a disposizione presso la segreteria della scuola). **In presenza di criticità non altrimenti controllabili, la Direzione scolastica o il servizio dell’ASL competente hanno comunque la facoltà di richiedere la certificazione del medico curante dei bambini con infestazione.**

I sottoscritti genitori / affidatari dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO di aver preso visione dell’informativa sulla pediculosi.**

Firma padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_