



## **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

E-mail: [toic84200d@istruzione.it](mailto:toic84200d@istruzione.it) PEC : [toic84200d@pec.istruzione.it](mailto:toic84200d@pec.istruzione.it)

Sito: [www.iccaffarobricherasio.edu.it](http://www.iccaffarobricherasio.edu.it).

C.F. 94544620019 - C.M. TOIC84200D

# **MODULISTICA A.S. 2024/2025**

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

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

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

**ORDINE DI SCUOLA:**

**Scuola Primaria**

**Scuola Secondaria di primo grado**

### **INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE**

*Gent.mi genitori,*

*nelle pagine che seguono troverete una serie di moduli la cui compilazione da parte Vostra è indispensabile per il corretto avvio dell'anno scolastico 2024/2025.*

*È necessario quindi leggere con estrema attenzione, compilare e firmare tutti i moduli.*

*Tutta la modulistica (in un unico file e in formato pdf) deve essere inviata via mail all'indirizzo [TOIC84200D@istruzione.it](mailto:TOIC84200D@istruzione.it) (indicando nell'oggetto cognome e nome dell'alunno, classe/sezione e plesso di frequenza).*

*Inoltre, tutta la documentazione (modulistica e copia documenti identità genitori e delegati) deve essere inserita nell'apposita sezione del registro elettronico per la condivisione con l'insegnante referente, come indicato nella circolare di avvio anno scolastico.*

*Il Dirigente Scolastico*

## 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 necessaria una procedura di somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico e il protocollo somministrazione è già stato avviato
- è necessaria una procedura di somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico, ma è necessario contattare la segreteria per avviare il protocollo somministrazione farmaci
- non è necessaria una procedura di somministrazione di farmaci salvavita.

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 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**

**(valido solo per la SCUOLA SECONDARIA di I grado)**

**solo per gli alunni RESIDENTI nel COMUNE sede del plesso di FREQUENZA e  
per gli alunni che usufruiscono del SERVIZIO SCUOLABUS**

**Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Bricherasio**

Il sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
e la sottoscritta .....  
nata a ..... il .....  
in qualità di genitori/esercenti la potestà genitoriale  
dell'alunno/a.....,  
nato/a a ..... 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/a 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 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 giornaliero 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, li \_\_\_\_\_

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

**(valido solo per la SCUOLA SECONDARIA di I grado)**

**MODULO per gli alunni NON RESIDENTI nel COMUNE sede del plesso di FREQUENZA**

**Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Bricherasio**

Il sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
e la sottoscritta .....  
nata a ..... il .....  
in qualità di genitori/esercenti la potestà genitoriale  
dell'alunno/a.....  
nato/a a ..... 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/a 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 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 giornaliero delle lezioni per recarsi presso** \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

\_\_\_\_\_  
(luogo e data di nascita)

\_\_\_\_\_  
(grado di parentela)

al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

nel comune di \_\_\_\_\_

*(il comune deve essere lo stesso del plesso di frequenza)*

sollevando l'istituzione scolastica da qualsiasi responsabilità derivante da tale scelta.

**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, li \_\_\_\_\_

## **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:

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>	<b>Recapito telefonico</b>

I sottoscritti comunicheranno, volta per volta, la persona delegata al ritiro del minore, tra le persone elencate nella tabella soprastante, dandone opportuna comunicazione.

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

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

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

**MODULO INTEGRATIVO PER LE SCELTE DEGLI ALUNNI CHE NON SI  
AVVALGONO DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA**

a.s. 2024/2025 (la scelta operata ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce)

Alunno \_\_\_\_\_

- ATTIVITA' DI STUDIO E/O RICERCA INDIVIDUALE CON ASSISTENZA DI PERSONALE DOCENTE
- NON FREQUENZA DELLA SCUOLA NELLE ORE DI INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

(solo nel caso in cui le ore di insegnamento della religione cattolica siano all'inizio oppure alla fine dell'orario scolastico: prime/ultime ore di lezione)

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

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: \_\_\_\_\_

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

**ATTENZIONE: il presente modulo deve essere compilato solo da chi ha scelto di NON AVVALERSI dell'Insegnamento della Religione Cattolica \***

**\*Ad inizio anno scolastico non è possibile cambiare la scelta effettuata in precedenza; tale variazione deve essere effettuata nei tempi previsti dalla normativa vigente.**



### **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**

**NON 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. 2024/2025

usufruirà del servizio mensa per l'a.s 2024/2025 **solo** nei giorni di

\_\_\_\_\_

non usufruirà del servizio mensa per l'a.s 2024/2025

*Si comunica che nel caso di uscita anticipata dell'alunno, il buono mensa potrà essere recuperato entro l'orario indicato da chi gestisce il servizio mensa.*

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

- 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: \_\_\_\_\_