

*alla pubblicazione di foto e filmati
del/della proprio/a figlio/a impegnato/a
in attività didattiche a.s. 2019/2020*

I sottoscritti _____

genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____

della classe ___ sez ____ plesso di _____

ACCONSENTONO: SÌ NO

che il/la proprio/a figlio/a venga filmato/a o fotografato/a durante le attività didattiche. I sottoscritti dichiarano di essere a conoscenza del fatto che tali foto potrebbero essere utilizzate per uso personale o interno all'Istituto.

 SÌ NO

che il/la proprio/a figlio/a venga filmato/a o fotografato/a durante le attività didattiche. I sottoscritti dichiarano di essere a conoscenza del fatto che tali foto potrebbero essere pubblicate su giornali locali, giornalini scolastici, anche on-line.

DICHIARANO

di fare un uso esclusivamente privato del materiale audio-video-fotografico ricevuto dalla scuola inerente alle attività didattiche svolte.

DATA _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(*Dott.ssa Giovanna De Leonardis*)

**DA COMPILARE, RITAGLIARE
E CONSEGNARE A SCUOLA**



NUMERI TELEFONO

FIRMA DOCENTE

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CIVATE

NUMERI TELEFONICI

a.s. 2019/2020

I sottoscritti _____

genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____

della classe _____ sez. _____ plesso di _____

INDICANO

I seguenti numeri telefonici da contattare in caso di necessità

NOME

TELEFONO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

DATA _____ FIRMA _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO (*Dott.ssa Giovanna De Leonardis*)



AUTORIZZAZIONE USCITE SUL TERRITORIO

FIRMA DOCENTE

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CIVATE
AUTORIZZAZIONE USCITE SUL TERRITORIO

a.s. 2019/2020

I sottoscritti _____

genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____

della classe _____ sez. _____ plesso di _____

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a alle eventuali uscite sul territorio comunale e comuni limitrofi, che verranno programmate dagli insegnanti nell'ambito del piano dell'offerta formativa, fermo restando che per ogni uscita verrà data informazione.

DATA _____ FIRMA _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO (*Dott.ssa Giovanna De Leonardis*)



**DA COMPILARE, RITAGLIARE
E CONSEGNARE A SCUOLA**



*all'utilizzo di Internet nella scuola
da parte del/della proprio/a figlio/a
a.s. 2019/2020*

I sottoscritti _____

genitori/tutori /affidatari dell'alunno/a _____

della classe _____ sez _____ plesso di _____

ACCONSENTONO:

SÌ NO

che il/la proprio/a figlio/a utilizzi l'accesso a internet nella scuola con la supervisione dei docenti.

SÌ NO

che documentazioni e lavori prodotti (foto, filmati, file audio, monografie CD, testi, disegni...) vengano esposti nel corso di feste o mostre e all'interno dell'Istituto.

SÌ NO

che documentazioni e lavori prodotti (foto, filmati etc.) vengano pubblicati sul sito della scuola e/o siti didattici.

DATA _____

FIRMA _____ FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Giovanna De Leonardis)



DA COMPILARE, RITAGLIARE E CONSEGNARE A SCUOLA



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CIVATE
**ATTO DI DELEGA RITIRO ALUNNO
AL TERMINE DELLE LEZIONI CL. I - II - III**

a.s. 2019/2020

I genitori (o loro delegati) degli alunni delle classi I - II - III hanno l'obbligo di essere presenti all'uscita dalla scuola.

In mancanza della presenza del genitore si possono delegare altre persone maggiorenni.

DELEGA RITIRO ALUNNO AL TERMINE DELLE LEZIONI CL. I - II - III

FIRMA DOCENTE _____

I sottoscritti _____

genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____
della classe _____ sez. _____ plesso di _____

INDICANO

I seguenti delegati se non saranno presenti all'uscita dalla scuola

ELENCO DELEGATI

**RAPPORTO DI PARENTELA
O DI CONOSCENZA CON
L'ALUNNO**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

DATA _____ FIRMA _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO (*Dott.ssa Giovanna De Leonardis*)

**DA COMPILARE, RITAGLIARE
E CONSEGNARE A SCUOLA**



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CIVATE
USCITA AUTONOMA CL. IV-V

a.s. 2019 / 2020

(COME DELIBERA DEL C.D.I N. 52 DEL 6/11/2018)

Al dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale di Civate

I sottoscritti _____

genitori/tutori/soggetti affidatari dell'alunno _____

nato/a a _____

il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____

frequentante la classe _____ sez. _____

scuola primaria _____

Visti gli art 2043,2048 e 2047 del Codice Civile

Visto l'art 61 della legge n 312 dell'11/07/1080

Visto l'art 591 del C. P.

Visto l'art 19 bis del decreto legge 16 ottobre 2017, n 148, convertito in legge 4 dicembre 2017, n 172, recante " Conversione in legge, con modifiche, del decreto legge 16 ottobre 2017, n. 148 recante disposizioni urgenti in materia finanziaria e per esigenze indifferibili.

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad uscire da scuola da solo/sola, al termine dell'orario delle lezioni o di eventuali attività extracurricolari

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire in modo autonomo del servizio di trasporto (pullman/ treno/ autobus...) ed esonera l'istituzione scolastica dalla responsabilità connessa all'adempimento dell'obbligo di vigilanza nel tragitto scuola - mezzo di trasporto e viceversa, nella salita e discesa dal mezzo e nel tempo di sosta alla fermata

(barrare le caselle che interessano)

USCITA AUTONOMA CL. IV - V

FIRMA DOCENTE



DICHIARANO

- di essere a conoscenza delle disposizioni organizzative previste dalla scuola;
- di aver valutato la capacità di autonomia, la maturità e il comportamento del proprio/a figlio/a;
- di aver valutato le caratteristiche del percorso e dei potenziali pericoli;
- di aver provveduto in merito al necessario addestramento lungo il tragitto e di aver verificato che è in grado di compierlo;
- di essere disposti a esercitare controlli in merito.

SI IMPEGNANO

- a controllare i tempi di percorrenza e le abitudini del proprio/a figlio/a per evitare eventuali pericoli;
- ad informare tempestivamente la scuola qualora le condizioni di sicurezza dovessero modificarsi;
- a ricordare costantemente al minore la necessità di corretti comportamenti ed atteggiamenti.

Data _____

Distinti saluti

Firma dei genitori/ tutori / affidatari

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CIVATE
SEGNALAZIONE ALLERGIE

a.s. 2019/2020

I sottoscritti _____

genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____

della classe _____ sez. _____ plesso di _____

SEGNALANO CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

- non manifesta allergie/intolleranze
 manifesta le seguenti allergie/intolleranze

ALIMENTARI _____

FARMACOLOGICHE _____

A SOSTANZE E MATERIALI _____

ALTRO _____

Allegano alla presente:

- Certificato medico Prescrizioni e raccomandazioni
 Lista sostanze - materiali potenzialmente pericolosi

E' fatto obbligo ai genitori di segnalare eventuali allergie del/della proprio/a figlio/a a sostanze e materiali presenti a scuola o intolleranze alimentari di qualsiasi tipo ed entità. Tale segnalazione va sempre corredata di certificato medico, ciò a garanzia della salute dell'alunno/a stesso/a.

DATA _____ FIRMA _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO (*Dott.ssa Giovanna De Leonardis*)

FIRMA DOCENTE



DA COMPILARE, RITAGLIARE E CONSEGNARE A SCUOLA



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CIVATE
ASSUNZIONE FARMACI

a.s. 2019/2020

I sottoscritti _____

genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____

della classe _____ sez. _____ plesso di _____

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad assumere i farmaci come da prescrizione medica allegata.

DATA _____ FIRMA _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO (*Dott.ssa Giovanna De Leonardis*)

REGOLAMENTO EUROPEO

**Sul sito dell'Istituto Comprensivo, nella sezione privacy, è possibile consultare integralmente il seguente documento:
 Regolamento Europeo 2016/679 per il trattamento dei dati personali**

I sottoscritti _____

genitori/tutori/affidatari _____

dell'alunno/a _____ della classe _____

sez _____ plesso di _____

dichiarano di aver letto il REGOLAMENTO sul sito dell'Istituto Comprensivo.

DATA _____ FIRMA _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO (*Dott.ssa Giovanna De Leonardis*)

**DA COMPILARE, RITAGLIARE
E CONSEGNARE A SCUOLA**



ESONERI

FIRMA

N. 1 ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CIVATE
ESONERO DALLE LEZIONI/ATTIVITÀ - A.S. 2019/2020

I sottoscritti _____
_____ genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____
della classe _____ sez. _____ plesso di _____

CHIEDONO

che il/la figlio/a venga esonerato/a dalle lezioni/attività
per il giorno _____ dal _____ al _____
(indicare periodo) dalle ore _____ alle ore _____
per il seguente motivo _____
come da certificato medico consegnato in segreteria

DATA _____ FIRMA _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO (*Dott.ssa Giovanna De Leonardis*)

ESONERI

FIRMA

N. 2 ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CIVATE
ESONERO DALLE LEZIONI/ATTIVITÀ - A.S. 2019/2020

I sottoscritti _____
_____ genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____
della classe _____ sez. _____ plesso di _____

CHIEDONO

che il/la figlio/a venga esonerato/a dalle lezioni/attività
per il giorno _____ dal _____ al _____
(indicare periodo) dalle ore _____ alle ore _____
per il seguente motivo _____
come da certificato medico consegnato in segreteria

DATA _____ FIRMA _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO (*Dott.ssa Giovanna De Leonardis*)

**DA COMPILARE, RITAGLIARE
E CONSEGNARE A SCUOLA**



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CIVATE
MODULO INTEGRATIVO
**PER GLI ALUNNI CHE NON SI AVVALGONO
DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA**

a.s. 2019 / 2020

I sottoscritti

genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____

della classe _____ sez. _____ plesso di _____

CHIEDONO

per il proprio/a figlio/a

- a) Attività didattiche e formative
- b) Attività di studio e/o ricerca individuali
(con l'assistenza del PERSONALE DOCENTE)
- c) Entrata/uscita dalla Scuola in relazione all'orario
scolastico della classe di appartenenza (con conse-
guente cessazione del dovere di vigilanza dell'Istitu-
zione scolastica e subentro della responsabilità del
genitore o di chi esercita la patria podestà)

*La scelta ha durata annuale e si esercita contrassegnando la voce che
interessa.*

DATA _____

FIRMA _____

FIRMA _____

SCELTA ATTIVITÀ ALTERNATIVA

FIRMA DOCENTE



**DA COMPILARE, RITAGLIARE
E CONSEGNARE A SCUOLA**

