



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE DI BRICHERASIO

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 PEC : toic84200d@pec.istruzione.it

Sito: www.icbricherasio.edu.it.

C.F. 94544620019 - C.M. TOIC84200D

Scuola dell'Infanzia di _____

MODULISTICA A.S. 2025/2026

ALLIEVO/A: _____

SEZIONE FREQUENTATA: _____

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 2025/2026.

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 (indicando nell'oggetto cognome e nome dell'alunno, sezione e plesso di frequenza, es. Infanzia Bricherasio, Infanzia Bibiana o Infanzia Campiglione Fenile) È necessario quindi leggere con estrema attenzione, compilare e firmare tutti i moduli.

Inoltre la versione cartacea della modulistica dovrà essere consegnata il primo giorno di scuola al docente della prima ora.

*Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Barbara CAPRILI*

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):

o telefonico: _____

Firma della madre: _____

Recapit

USCITE DIDATTICHE SUL TERRITORIO

I sottoscritti _____

genitori / affidatari dell'alunno/a _____

AUTORIZZANO

1 propri_ figlio/a a partecipare alle escursioni a piedi, limitate al territorio comunale, che potranno essere organizzate dagli insegnanti durante il corso dell'anno scolastico. Di ogni uscita si darà opportuna e tempestiva comunicazione alle famiglie.

Firma padre: _____

Firma madre: _____

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____

genitori / affidatari dell'alunno/a _____

DICHIARANO CHE:

(barrare con una croce la situazione attuale)

- il minore necessita di somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico e il protocollo somministrazione è già stato avviato
- il minore necessita di somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico, ma è necessario contattare la segreteria per l'avvio del protocollo
- il minore non necessita di somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico

Nel caso in cui la situazione variasse, si invitano i genitori a far pervenire alla segreteria la documentazione medica (con l'indicazione delle modalità e dei tempi di somministrazione dei farmaci) e ad informare tempestivamente gli insegnanti di classe per valutare insieme il da farsi e gestire al meglio la situazione.

N.B. eventuali altri farmaci da assumere per un periodo di tempo limitato (es.cura con antibiotici, antidolorifici ecc.) possono essere somministrati a scuola, ma soltanto da un genitore/familiare autorizzato.

Firma padre: _____

Firma madre: _____

MENSA SCOLASTICA

I sottoscritti _____

genitori/affidatari dell'alunno/a _____

COMUNICANO

che il/la proprio/a figlio/a

- NON usufruirà** del servizio mensa per l'a.s. 2025/2026

- usufruirà** del servizio mensa per l'a.s. 2025/2026 nei giorni di *(barrare i giorni scelti)*
 - LUNEDI' MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI' VENERDI'

N.B. non saranno ammesse variazioni rispetto alla scelta effettuata ad inizio anno scolastico

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 : _____

AUTORIZZAZIONE PER RIPRESE FOTOGRAFICHE/VIDEO
DI ESPERIENZE SCOLASTICHE

I sottoscritti _____

genitori/affidatari dell'alunno/a _____

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

- che il proprio/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 nella quale lui/lei stesso/a è inserito/a;

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

- che il proprio/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.

Tale autorizzazione è valida per l'intera permanenza dell'alunno/a nell'Istituto o fino a diversa disposizione.

Firma padre: _____

Firma madre: _____

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 (da consegnare in Segreteria e al Comune sede della scuola)

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: _____

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

a.s. 2025/2026 (la scelta operata ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce)

Alunno _____

- ATTIVITA' DIDATTICHE E FORMATIVE
- 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.

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. È 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 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.

Il Dirigente Scolastico

I sottoscritti _____

genitori / affidatari dell'alunno/a _____

DICHIARANO

di aver preso visione dell'informativa sulla pediculosi.

La presa visione dell'informativa in questione è valida per l'intera permanenza dell'alunno/a nell'Istituto o fino a diversa disposizione.

Firma padre: _____

Firma madre: _____

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: _____

USCITA IN ORARIO SCOLASTICO O AL TERMINE DELLE LEZIONI:

DELEGA

I sottoscritti _____
genitori/affidatari dell'alunno/a _____
della sezione _____ della scuola dell'Infanzia di _____

CHIEDONO che il/la minore venga lasciato/a uscire dalla scuola, accompagnato/a dalle persone sotto indicate e sotto la loro responsabilità, qualora i sottoscritti siano impossibilitati al ritiro.

Delegano le persone sotto elencate:

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

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 da consegnare in formato cartaceo al docente il primo giorno di scuola.

Firma padre: _____

Firma madre: _____