



**ISTITUTO COMPRENSIVO 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](mailto:toic84200d@istruzione.it) PEC : [toic84200d@pec.istruzione.it](mailto:toic84200d@pec.istruzione.it)

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

C.F. 94544620019 - C.M. TOIC84200D

## **MODULISTICA A.S. 2025/2026**

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

**CLASSE FREQUENTATA NELL'A.S. 2025/2026:** \_\_\_\_\_

**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, presenti anche nelle pagine iniziali del diario d'Istituto 2025/2026, la cui compilazione da parte Vostra è indispensabile per il corretto avvio dell'anno scolastico.*

*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 la versione cartacea 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):  
\_\_\_\_\_

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**  
**(SOLO SCUOLA SECONDARIA I GRADO)**

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

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

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

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

### **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: \_\_\_\_\_