



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 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

MODULISTICA A.S. 2026/2027

ALLIEVO/A: _____

CLASSE CHE SI FREQUENTERA' NELL'A.S. 2026/2027: _____

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 2026/2027, 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 (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.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Daniela COCCOLO

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)

Alla Dirigente Scolastica 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 Primaria/Secondaria di I° 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, 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: _____