

**RICONFERMA ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA PER L'ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DDS GRAGNANO 2 "ORESTE LIZZADRI"**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
(riferito al genitore)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel: 081/ \_\_\_\_\_ cell. madre \_\_\_\_\_ cell. padre \_\_\_\_\_  
genitore del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome alunno)

**CHIEDE**

**La riconferma** dell'iscrizione del/la figlio/a alla scuola dell'infanzia del:

Plesso di .....

Insegnanti ..... Sez.....

**Chiede di avvalersi**

**orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali** dal Lunedì al Venerdì dalle ore **8.05** alle ore **16.05** con servizio di refezione erogato dal Comune a pagamento

oppure

**orario ridotto delle attività educative per 25 ore settimanali** dal Lunedì al Venerdì dalle ore **8.05** alle ore **13.05** con svolgimento nella fascia del mattino senza refezione . **La sezione si istituirà solo se si raggiunge il numero legale degli iscritti.**

**N.B. Non è previsto nel corso dell'anno scolastico apportare variazioni all'orario richiesto.**

**N.B. Non è previsto nel corso dell'anno scolastico apportare variazioni all'orario richiesto.**

**Prelievo alunni al termine delle lezioni**

**Trasporto**

1) Uso del servizio trasporto erogato dal Comune usufruibile da..... e/o frazione.....

**SI**

**NO**

2) Uso del trasporto privato in caso affermativo inoltrare il nominativo dell'adulto delegato

**SI**

**NO**

3) Adulti autorizzati a prendere in consegna il/la bambino/a

COGNOME E NOME	N.° CARTA DI IDENTITA	GRADO DI PARENTELA

(Scrivere in stampatello)

**COMPILAZIONE MODULO 2 PER LE INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI**

SI

NO

OGGETTO: **LIBERATORIA**

Io sottoscritto/a.....genitore dell'alunno/a.....

Iscritto alla classe/sezione..... del DDS Gragnano 2 "Oreste Lizzadri".

**AUTORIZZO**

Il personale della Scuola ad effettuare fotografie e riprese video per le attività didattiche in cui compaia mio/a figlio/a. Acconsento, quindi, che le immagini vengano utilizzate anche sulle pagine web ufficiali della scuola per la documentazione delle esperienze per fini esclusivamente didattici.

*La liberatoria è valida per tutti gli anni di permanenza dell'alunno nel DDS Gragnano 2 "Oreste Lizzadri".*

Gragnano, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

IN FEDE  
\_\_\_\_\_

OGGETTO: **AUTORIZZAZIONE**

Io sottoscritto/a.....genitore dell'alunno/a.....

Iscritto alla classe/sezione..... del DDS Gragnano 2 "Oreste Lizzadri".

**AUTORIZZO**

**Mio/a figlio/a a partecipare alle Visite Guidate Programmate nel POF.**

Gragnano, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

IN FEDE  
\_\_\_\_\_

**3) è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie** [SI] -- [NO]  
*ai sensi D. L. 07.06.17, n.73, convertito con modificazioni della Legge 31.07.17, n.119*

Allega Copia libretto Vaccinale

Copia Libretto Vaccinale già presente nel fascicolo

**Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della pubblica amministrazione (Decreto Legislativo 36/2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7. 12. 2006, n. 305).**

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Patto di corresponsabilità e di sottoscriverlo.**

Gragnano, li \_\_\_/\_\_\_/202\_

**Firma dei genitori o**  
di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_