



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Istituto Comprensivo Statale Como Albate**  
 piazza IV Novembre, 1 – 22100 Como  
 Tel. 031 524656 Fax 031 505110  
 sito web: [www.icscomoalbate.it](http://www.icscomoalbate.it) e-mail: [coic81200t@istruzione.it](mailto:coic81200t@istruzione.it)

Oggetto: Richiesta notizie valide per l'anno scolastico

Al fine di assicurare un corretto funzionamento della Scuola, si invitano i Sigg. Genitori a dichiarare quanto sotto richiesto.

SCUOLA DELL'INFANZIA  CLASSE.  SEZ.

COGNOME E NOME ALUNNO/A

INDIRIZZO

\*\*\*\*\*

MADRE  PROFESSIONE

CELL.  LAVORO  TEL.

PADRE  PROFESSIONE

CELL.  LAVORO  TEL.

Eventuali recapiti a cui rivolgersi in caso di assenza dei genitori (parenti, vicini di casa, persone di fiducia, etc.):

TEL.  RISPONDE SIG.

TEL.  RISPONDE SIG.

TEL.  RISPONDE SIG.

I sottoscritti autorizzano, in caso di necessità improvvisa e grave, a far accompagnare il proprio figlio/a al Pronto Soccorso.

**AUTORIZZANO** LE SEGUENTI PERSONE (maggioresni) AL RITIRO DEL FIGLIO/A:

Sig.  Grado di parentela  tel.

Sig.  Grado di parentela  tel.

Sig.  Grado di parentela  tel.

Sig.  Grado di parentela  tel.

SI FA PRESENTE CHE LE INSEGNANTI CONSEGNERRANNO GLI ALUNNI, NEGLI ORARI AUTORIZZATI, SOLO ALLE PERSONE RIPORTATE IN ELENCO.

\*\*\*\*\*

INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI DELL'ALUNNO:

COMUNICAZIONE SCRITTA, CORREDATA DEL RELATIVO CERTIFICATO MEDICO, DEVE ESSERE CONSEGNATA ALLA SCUOLA PER L'INOLTRO ALLA DITTA CHE FORNISCE I PASTI.

ALTRE INFORMAZIONI UTILI:

Como,

Firma dei genitori \_\_\_\_\_

IL PRESENTE MODELLO COMPILATO HA VALIDITÀ ANNUALE E SARÀ ALLEGATO AI DOCUMENTI DELL'ALUNNO A CURA DELL'INSEGNANTE. IN CASO DI VARIAZIONI SUCCESSIVE FARNE COMUNICAZIONE AI DOCENTI.



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Istituto Comprensivo Statale Como Albate**  
piazza IV Novembre, 1 – 22100 Como  
Tel. 031 524656 Fax 031 505110  
sito web: [www.icscomoalbate.it](http://www.icscomoalbate.it) e-mail: [coic81200t@istruzione.it](mailto:coic81200t@istruzione.it)

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Como Albate

Oggetto: liberatoria per la registrazione, la raccolta e la pubblicazione di immagini e documenti audio/video

Il/La sottoscritto/a , genitore dell'alunno/a  
 frequentante la classe/sezione   
del plesso di scuola  infanzia  primaria  secondaria 1° grado

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

gli insegnanti a riprendere e registrare materiale fotografico, filmati e formati audio nei quali, compaia il/la proprio/a figlio/a.

Tali registrazioni avverranno in occasione di attività scolastiche, nelle sedi dell'Istituto Comprensivo e/o fuori di esso, durante le uscite didattiche, le gite e le manifestazioni sportive e saranno, sempre e soltanto, finalizzate alla realizzazione di documenti audio/video con finalità formativa, culturale e didattica. Con la presente e con le medesime finalità, autorizzo a pubblicare i suddetti prodotti audio/video sul sito web dell'istituto ed eventualmente su altri siti istituzionali (es: USP, USR, etc.) a documentazione delle attività didattiche svolte.

Tale autorizzazione vale per tutto il periodo in cui mio/a figlio/a frequenterà l'istituto Comprensivo Como Albate.

Como,

Firma del genitore

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_