



MODULO ISCRIZIONE  
SERVIZI EDUCATIVI TERRITORIALI

Pagina 1 di 2

MOD

Rev. 02 del 25/09/2021

**MODULO ISCRIZIONE Doposcuola "FUORICLASSE"- 2021-22 -Cadoneghe -**  
*(Il modulo va compilato in ogni sua parte e sottoscritto da entrambi i genitori o da chi esercita la patria potestà)*

**IL/I SOTTOSCRITTO/I**

Cognome e nome: genitore/i o del tutore legale del minore		
Comune di Residenza		
Indirizzo di residenza		
Codice fiscale		
Recapiti telefonici per urgenze		
e-mail		

**CHIEDE/CHIEDONO L'ISCRIZIONE DEL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A**  
**(utilizzare una scheda per ciascun figlio iscritto)**

Cognome e nome del minore		
Luogo e data di nascita		
Codice fiscale		
Classe e sezione (obbligatorio)	_____	
<input type="checkbox"/> <b>Scuola D. Milani</b>	<input type="checkbox"/> <b>Esce alle 13:00</b>	<input type="checkbox"/> <b>Esce alle 15:40</b>
<input type="checkbox"/> Altra scuola: _____	Esce alle: _____	Esce alle: _____
Altri figli iscritti al servizio:		
1) _____		
2) _____		

**DICHIARA/DICHIARANO AI SENSI DEGLI ARTT.46 E 47 DEL D.P.R.N 445 DEL 28.12.2000 CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A:**

<input type="checkbox"/> E' certificato ai sensi della legge 104/92 e durante l'anno scolastico è seguito da	<input type="checkbox"/> operatore ULSS	<input type="checkbox"/> insegnante di sostegno
<input type="checkbox"/> E' affetto da particolari patologie	<input type="checkbox"/> problemi cardiaci	
	<input type="checkbox"/> problemi respiratori (es. asma bronchiale)	
	<input type="checkbox"/> problemi osteo-muscolari	
	<input type="checkbox"/> problemi motori	
	<input type="checkbox"/> diabete	
<input type="checkbox"/> Ha le seguenti allergie non alimentari	<input type="checkbox"/> altro (specificare):	
	<input type="checkbox"/> farmaci (specificare)	
<input type="checkbox"/> Necessita la somministrazione di farmaco d'urgenza ("salvavita")	<input type="checkbox"/> altro (specificare):	
	<input type="checkbox"/> specificare:	
<input type="checkbox"/> Ha le seguenti allergie alimentari	<input type="checkbox"/> specificare:	
<input type="checkbox"/> Non rientra in alcuna delle situazioni sopra descritte		

**LE SITUAZIONI RELATIVE ALLA SALUTE DEVONO ESSERE CORREDATE DA CERTIFICATO MEDICO E, NEL CASO DI FARMACO D'URGENZA ANCHE DA ISTRUZIONI RELATIVE ALLA POSOLOGIA**



MODULO ISCRIZIONE  
SERVIZI EDUCATIVI TERRITORIALI

Pagina 2 di 2

MOD

Rev. 02 del 25/09/2021

**AUTORIZZA/NO IL/LA FIGLIO/A A RECARSÌ A CASA DA SOLO AL TERMINE DELLE ATTIVITA'**

- AUTORIZZO (ALLEGO MODULO AUTORIZZAZIONE ALL'USCITA AUTONOMA)  
 NON AUTORIZZO (SOLO I GENITORI RITIRERANNO IL FIGLIO ALL'USCITA)  
 NON AUTORIZZO (ALLEGO DELEGA RITIRO PER TERZI E C.I. PERSONE DELEGATE)

**DICHIARA/NO INOLTRE:**

- di aver preso visione del protocollo e di quanto disposto da L'Iride s.c.s. Impresa Sociale ai fini del contenimento del contagio da COVID-19 (protocollo operativo)  
 di aver sottoscritto il Patto di responsabilità con la Cooperativa L'Iride (ente gestore) e di impegnarsi a seguirlo scrupolosamente  
 di accettare (dopo averne presa visione) il regolamento del servizio Fuoriclasse  
 di aver consegnato la liberatoria sulla privacy (dopo aver preso visione dell'informativa messa a disposizione da parte della cooperativa)

Data \_\_\_\_\_

**Firma leggibile** di entrambi i genitori o del soggetto che esercita la potestà genitoriale

NB: Nel caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, colui il quale appone la propria firma in qualità di esercente la responsabilità genitoriale, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato l'autorizzazione in osservanza 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.