



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca
Istituto Comprensivo Statale Como Albate
 p.zza IV Novembre, 1 - 22100 Como Tel. 031 524656
 Sito web: www.icscomoalbate.it Email : 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 _____ **CLASSE** _____ **SEZ.** _____

COGNOME E NOME ALUNN _____

INDIRIZZO _____ TEL. _____

MAMMA _____ CELL. _____

TEL. _____ TEL. LAVORO _____ ALTRO _____

PAPA' _____ CELL. _____

TEL. _____ TEL. LAVORO _____ ALTRO _____

Indirizzo email (SCRIVERE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

Eventuali recapiti a cui rivolgersi in caso di assenza dei genitori (recapito di parenti, persone di fiducia):

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.

A U T O R I Z Z A N O LE SEGUENTI PERSONE (maggioresni) AL RITIRO DEL BAMBINO/A:

Sig. _____ nt a _____

il _____ Grado parentela _____ Tel./Cell _____

Sig. _____ nt a _____

il _____ Grado parentela _____ Tel./Cell _____

Sig. _____ nt a _____

il _____ Grado parentela _____ Tel./Cell _____

Sig. _____ nt a _____

il _____ Grado parentela _____ Tel./Cell _____

SI FA PRESENTE CHE LE INSEGNANTI CONSEGNERRANNO I BAMBINI, NEGLI ORARI AUTORIZZATI, SOLO ALLE PERSONE RIPORTATE IN ELENCO (munite di documento di riconoscimento).

INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI DELL'ALUNNO:

PER GLI ALUNNI ISCRITTI AL SERVIZIO MENSA BISOGNA CONSEGNARE IL CERTIFICATO MEDICO AL COMUNE DI COMO UFFICIO REFEZIONE SCOLASTICA.

ALTRE INFORMAZIONI UTILI: _____

Como, _____ Firma chiara e leggibile dei genitori

IL PRESENTE MODELLO COMPILATO HA VALIDITA' ANNUALE.
 IN CASO DI VARIAZIONI SUCCESSIVE BISOGNA FARNE IMMEDIATA COMUNICAZIONE ALLA SCUOLA.