

Il/La sottoscritt ___ / ___ _____

◇ genitore ◇ affidatario ◇ tutore ◇ educatore
dell'alunn_ / _ _____

che nell' anno scolastico ____ / ____ frequenta frequenterà

la classe ____ sezione ____ della scuola

◇ **infanzia** ◇ **primaria** ◇ **sec. primo grado**

plesso infanzia "G. Rodari" Ponte San Lorenzo Montoro Taizzano
 Capitone "La Quercia"

plesso primaria "S. Pertini" "P. Levi" Gualdo San Liberato

plesso secondaria primo grado "L.Valli"

nell'anno scolastico 201_ / 201 _

Telefono fisso Telefono cellulare

Telefono di e-mail

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da

in data, preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno

redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data / /

Autorizza gli operatori scolastici a somministrare i farmaci previsti.

..... , / /

.....
(firma leggibile)

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

.....
(firma leggibile)