

Mod. 41 Recapiti alunni	 Istituto Comprensivo Statale "Ceretolo" 40033 Casalecchio di Reno (BO) – viale Libertà, 3 – tel.: 051 051598370 – fax 0516131599 e-mail: boic82100q@istruzione.it - sito web: http://icceretolo.edu.it
--------------------------------	--

Ai docenti della classe/sezione _____

Scuola _____

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C."Ceretolo".

Il/i sottoscritto/i _____

genitore/i dell'alunno _

della classe _____, plesso _____

comunico che, in caso di necessità, i numeri telefonici da chiamare sono :

Nominativo	Numero

Il medico dell'alunno è il Dott. _____ n. tel _____

Segnalazioni particolari (es allergie, intolleranze, ecc.) :

N.B. In caso sia necessaria la somministrazione di farmaci in orario scolastico, vedere il Protocollo Somministrazione Farmaci sul sito web della scuola o richiederlo in segreteria.

In fede

Nel caso in cui sia impossibile ottenere la firma congiunta dei genitori, **chi firma il modulo si assume la responsabilità civile, amministrativa e penale di quanto dichiarato** (ai sensi del DPR 445/2000) e si assume la responsabilità di aver informato ed ottenuto il consenso dell'altro genitore (in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337quater del codice civile).

Firma _____

Casalecchio di Reno, li _____