

**Modulo per autorizzazioni e deleghe per l'anno scolastico 2018-19**

ALUNNO: \_\_\_\_\_ CLASSE : \_\_\_\_\_

**1) AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE NELL'AMBITO DEL COMUNE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunn \_\_\_\_\_

Autorizza

NON autorizza

il/la proprio/a figlio/a a partecipare ad eventuali visite didattiche e/o attività organizzate fuori dai locali scolastici, nell'ambito del Comune sede della scuola stessa, in orario di lezione, per il corrente anno scolastico.

**2) AUTORIZZAZIONE A RIPRESE FOTOGRAFICHE/CINEMATOGRAFICHE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunn \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere a conoscenza che nella scuola o durante le attività, le uscite e le visite didattiche possono essere effettuate riprese foto/video di alunni, luoghi e situazioni per scopi didattici ed informativi.

Per quanto riguarda l'utilizzo di immagini in cui compare il proprio/la propria figlio/a esprime la seguente posizione

Publicazione su <b>supporto cartaceo</b> (giornali, riviste...)	<input type="checkbox"/> autorizza	<input type="checkbox"/> non autorizza
<b>web</b> Publicazione sul sito internet della scuola, sul profilo facebook della scuola, su siti internet di enti – associazioni con finalità educative, formative	<input type="checkbox"/> autorizza	<input type="checkbox"/> non autorizza

Si precisa che le riprese foto/video interesseranno gruppi di alunni; verranno evitati i primi piani e le immagini in cui compare un solo alunno.

La presente autorizzazione ha carattere permanente per l'anno scolastico 2018/19

### **3) AUTORIZZAZIONE VISITE MEDICHE**

Le Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica tutt'ora in vigore (circolare Ministeriale N°4 del 13 marzo 1998) prevedono in caso di alcune malattie infettive e parassitarie ,la sorveglianza dei contatti scolastici da parte dei medici della Medicina Preventiva di Comunità'.

Qualora i genitori non intendano autorizzare tali visite di medicina preventiva, si impegnano a farle effettuare al proprio figlio presso un medico di fiducia.

**In tal caso l'alunno potrà riprendere la frequenza scolastica solo previa presentazione di certificazione medica del controllo effettuato**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

Autorizza

NON autorizza

le visite mediche previste dalle Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica.

Data \_\_\_\_\_

Firma per:

**1) AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE NELL'AMBITO DEL COMUNE**

**2) AUTORIZZAZIONE A RIPRESE FOTOGRAFICHE/CINEMATOGRAFICHE**

**3) AUTORIZZAZIONE VISITE MEDICHE**

**Firma di entrambi i genitori**

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

**Firma di un solo genitore**

Dichiara di essere l'unico titolare della patria potestà / che l'altro genitore è stato informato ed è consenziente con il contenuto della presente dichiarazione

\_\_\_\_\_