

Istituto Comprensivo – “Arbe Zara”

SCUOLA INFANZIA GATTI

GENITORE 1: (nome e cognome)_____
GENITORE 2: (nome e cognome)_____
ALUNNO: (nome e cognome)_____
ISCRITTO ALLA CLASSE ____ SEZ.
INDIRIZZO: _____ n° _____
N° DI TELEFONO (casa) _____
CELLULARE PADRE _____
CELLULARE MADRE _____
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA _____ @ _____
LAVORO tel. _____
ALTRI RECAPITI TELEFONICI DI EMERGENZA
Sign. _____ tel. _____
Sign. _____ tel. _____

DELEGO

A ritirare mio figlio/a:

NOME COGNOME	TIPO DI DOCUMENTO	N° DI DOCUMENTO	SCADENZA

I delegati dovranno sempre presentarsi muniti di **un documento di riconoscimento**

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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”

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE DEL GENITORE: _____

FIRMA LEGGIBILE DEL GENITORE: _____