

**MODULO PERMANENZA SCUOLA DELL'INFANZIA A. S. 2023-2024**

**Al Dirigente Scolastico  
I.C. "Tommasone-Alighieri"  
71036 - LUCERA (Fg)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di  padre  madre  tutore

dell'alunno \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante il

1° anno  2° anno  3° anno della Scuola dell'Infanzia di codesto Istituto nell'a.s. 2021/2022

**CHIEDE**

**la PERMANENZA del/la proprio/a figlio/a nella Scuola dell'Infanzia per l'anno scolastico 2023/2024 con**

**Tempo normale per 40 ore settimanali**

dalle ore 7.45 alle ore 16.15 dal lunedì al venerdì (nei periodi di attivazione della mensa)

dalle ore 7.45 alle ore 13.45 dal lunedì al venerdì (in caso di sospensione del servizio mensa)

per le seguenti motivazioni:

- alunno diversamente abile, riconosciuto con apposita certificazione
- alunno non-diversamente abile, ma con particolari problematiche certificate
- maggiori opportunità di sviluppo e rafforzamento dell'identità personale attraverso giochi di ruolo e pratiche sociali
- possibilità di fruire di ambienti di apprendimento maggiormente significativi per lo sviluppo cognitivo
- possibilità di sperimentare ulteriormente attività routinarie volte allo sviluppo dell'autonomia personale
- maggiori opportunità di acquisire controllo dell'affettività e delle proprie emozioni ricorrendo ad attività che utilizzino il corpo ed il movimento
- altro \_\_\_\_\_

All'uopo

**COMUNICA**

di essere a conoscenza che la Scuola inserirà il bambino nella stessa sezione di provenienza fatte salve eventuali deroghe opportunamente motivate.

**DICHIARA**

- sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla Legge n. 119 del 31 luglio 2017, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci", ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, che il proprio figlio **ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie, previste dal piano vaccinale nazionale, così come risulta dall'allegato certificato rilasciato dalla ASL.**
- che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti:  
\_\_\_\_\_
- che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un docente, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:  
Farmaco..... posologia.....

Lucera, li \_\_\_\_\_

.....  
**Firma Padre** ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000

.....  
**Firma Madre** ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000

**In caso di un solo genitore firmatario, compilare la seguente dichiarazione:**

**Il/La sottoscritto/a padre/madre, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, così come previsto dagli artt.316,337 ter e 337 quater del Codice Civile e ss.mm.ii. in materia di consenso di entrambi i genitori,**

**dichiara**

**che il/la padre/madre é a conoscenza della presente dichiarazione resa alla Scuola.**

**Data .....**

**Firma del genitore .....**  
**(ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 445/2000)**