



**ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA PRIMARIA
E SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

Via Garibaldi, 8 - 38049 VIGOLO VATTARO
Tel. 0461 848878 Fax 0461 845217 C.F. 80018600223
email: segr.vigolovattaro@scuole.provincia.tn.it pec: ic.vigolovattaro@pec.provincia.tn.it

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Scuola Primaria e Secondaria di I grado
di VIGOLO VATTARO
Via Garibaldi, 8
38049 ALTOPIANO DELLA VIGOLANA (TN)

Il/la sottoscritto/a _____

Responsabile dello/a studente/ssa _____

proveniente dalla classe V della Scuola primaria di _____

comunica

**LA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE DELLO/A STUDENTE/SSA ALLA CLASSE PRIMA
DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO DI VIGOLO VATTARO
PER L'ANNO SCOLASTICO 2018/19**

A tal fine, e sotto la propria responsabilità, comunica i seguenti dati:

Tempo scuola:	
	Dal lunedì al venerdì: lunedì – martedì – giovedì dalle ore 7.50 alle ore 15.24; mercoledì – venerdì dalle ore 7.50 alle ore 12.47 servizio mensa: sì no
	Tempo obbligatorio come sopra + 1 pomeriggio facoltativo: il mercoledì dalle ore 13.50 alle 16.50 L'iscrizione al pomeriggio facoltativo sarà perfezionata in corso d'anno e diventerà vincolante. servizio mensa: sì no
Religione	La scelta operata al primo anno di iscrizione ha valore per l'intero ciclo di studi, salvo che il genitore non manifesti la volontà di modificarla; l'eventuale domanda di variazione deve essere presentata in segreteria entro il 6 febbraio 2018 (termine previsto per le iscrizioni alle classi prime) e può avere effetto solo a partire dall'anno scolastico successivo.
Trasporto	Chiede di essere ammesso al servizio di trasporto Compilare qualora, per esigenze familiari, si debba far riferimento ad un indirizzo diverso della residenza ai fini del trasporto: Indirizzo (via, n.civico) _____ Comune _____ Fr: _____

Al fine di agevolare il rapporto scuola - famiglia e per la tutela del minore durante lo svolgimento delle attività scolastiche, si invitano i genitori a comunicare al Dirigente eventuali patologie e ogni altra informazione ritenuta analoga.

NB: in caso di allergie o intolleranze alimentari, consegnare in segreteria in busta chiusa il certificato medico (che poi verrà trasmesso ad inizio anno scolastico alla cuoca).

Il/la sottoscritto/a riferisce inoltre che:

	La Scuola potrà rivolgersi alle seguenti persone (diverse dai genitori) in caso di necessità:			
1	Cognome		Nome	
	Rapporto con lo studente		Prov.	Prefisso
			Telefono	
			Cellulare	
	Indirizzo		Frazione	
	CAP		Comune	
2	Cognome		Nome	
	Rapporto con lo studente		Prov.	Prefisso
			Telefono	
			Cellulare	
	Indirizzo		Frazione	
	CAP		Comune	

SI PREGA DI COMUNICARE (nello spazio sottostante) EVENTUALI CAMBI DI RESIDENZA O VARIAZIONI DEI NUMERI DI CELLULARE PER SMS DICHIARATI PRECEDENTEMENTE.

e-mail dei genitori: padre _____
 madre _____

Si informa che i dati richiesti sono raccolti in conformità al d.lgs. 30/06/2003 n. 196. Per ulteriori informazioni si prega di consultare l' informativa allegata.

Luogo, data

Firma

di entrambi i genitori

(o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

Consegnare:

- n. 1 foto tessera dello studente
- Liberatoria utilizzo immagini