DELEGA RITIRO ALUNNO E DICHIARAZIONE

Al **DIRIGENTE SCOLASTICO**
dell'Istituto Comprensivo
"Giacomo Leopardi"
TORRE ANNUNZIATA

Il/la sottoscritto/a _____, _____

dell'alunno/a _____ della classe _____, sezione _____,

residente in _____ indirizzo _____,

recapito telefonico _____,

c o m u n i c a

che il medico curante del/della proprio/a figlio/a è il Dottor _____ e dichiara quanto segue:

_____

(allergie, medicinali da assumere, eccetera...)

I nominativi e i recapiti delle persone da interpellare in caso di necessità o malessere del proprio figlio:

_____

L'elenco delle persone tutte maggiorenni, autorizzate dal sottoscritto, che durante l'anno scolastico potranno prelevare il proprio figlio al termine delle lezioni o nel caso di uscita anticipata:

Cognome e Nome	Parente o persona di fiducia	firma

Con la presente dichiara inoltre di esonerare l'Amministrazione Scolastica da qualsiasi responsabilità per tutto quanto possa accadere all'alunno oltre l'orario di uscita dalla scuola.

Torre Annunziata, _____

firmato _____

Stampa Invia modulo

Documento prodotto dall'Istituto Comprensivo "Giacomo Leopardi" - Via Cavour, 26 - 80058 Torre Annunziata (NA)
Telefono 081.5369345 - Fax. 081.8626697 - email: naic8fy007@istruzione.it - PEC: naic8fy007@pec.istruzione.it - tutti i diritti riservati