



➤ **USCITE GIORNALIERE E SOGGIORNI DIDATTICI**

autorizziamo nostro/a figlio/a a partecipare alle **uscite didattiche** e **soggiorni scolastici** organizzati per motivi formativo/didattici, con il programma ed i mezzi stabiliti dalla direzione scolastica.

➤ **INTESTAZIONE FATTURE**

**Tutte le fatture emesse per l'intero anno scolastico 2023/2024 saranno intestate all'alunno/a**

➤ **CARTELLA SANITARIA**

(i dati sanitari sono protetti da riserbo e trattati solo dal personale autorizzato)  
Allergie/Intolleranze Alimentari attestabili con certificato medico da allegare alla presente:

.....  
.....

**Patto di corresponsabilità educativa**

Si stipula con la famiglia dell'alunno il seguente patto educativo di corresponsabilità, con il quale:

**La scuola si impegna a**

- Fornire una formazione culturale qualificata, garantendo un servizio didattico di qualità, nel rispetto dell'identità del singolo studente e dei suoi ritmi di apprendimento;
- Offrire un ambiente educativo sereno, favorevole alla crescita integrale e spirituale della persona, proponendo agli allievi una sintesi di vita e fede, secondo i principi dell'educazione Lasalliana;
- Offrire iniziative concrete per il recupero di situazioni di difficoltà e svantaggio, al fine di favorire il successo formativo di tutti;
- Valorizzare e promuovere il merito e le eccellenze;
- Garantire la trasparenza nelle valutazioni e comunicazioni, mantenendo un costante rapporto con le famiglie.

**Lo studente si impegna a**

- Prendere coscienza dei propri diritti-doveri, rispettando la scuola come insieme di persone, ambienti e attrezzature;
- Prestare attenzione alla pulizia, ordine generale e buona conservazione dei locali;
- Rispettare i tempi programmati e concordati con i docenti per il raggiungimento dei propri obiettivi formativi, impegnandosi in modo responsabile nell'esecuzione dei compiti richiesti e nell'aver cura di portare sempre il materiale necessario per le lezioni;
- Rispettare e aiutare gli altri, impegnandosi a comprendere le ragioni dei loro comportamenti.

**La famiglia si impegna a**

- Accettare totalmente il Progetto Educativo della Scuola Lasalliana, il Piano di Offerta Formativa d'Istituto (PTOF) e il Regolamento d'Istituto;
- Rispettare l'istituzione scolastica, instaurando un positivo clima di dialogo;
- Mostrare un atteggiamento di apertura e reciproca collaborazione con i docenti, nel rispetto delle scelte educative e didattiche condivise;
- Valorizzare l'istituzione scolastica;
- Favorire la frequenza dei propri figli alle lezioni, rispettandone gli orari;
- Giustificare sul diario le assenze, indicandone i motivi;
- Controllare quotidianamente il diario, il registro elettronico e le comunicazioni provenienti dalla scuola;
- Ove necessario, concordare strategie educative scuola/famiglia in un clima di fattivo reciproco impegno;
- Far indossare la divisa/tuta scolastica;
- Partecipare attivamente agli organi collegiali, assemblee di classe e colloqui.
- Partecipare attivamente ai momenti di formazione spirituale e religiosa proposti dalla scuola

- Discutere, presentare e condividere con i propri figli il Patto Educativo sottoscritto con l'istituzione scolastica;
- Prendere visione dell'articolo 30 della Costituzione Italiana e degli articoli 315, 315 bis, 316, 316 bis e 317 del Codice Civile, che stabiliscono e regolano la responsabilità genitoriale nei confronti dei figli.

## Saranno richieste Deleghe e Autorizzazioni con appositi moduli all'inizio dell'anno scolastico

### Consenso Informato Privacy

I SOTTOSCRITTI FIRMATARI DICHIARANO DI AUTORIZZARE IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI PROPRI FIGLI, FREQUENTANTI LA SCUOLA PARITARIA LA SALLE DI GRUGLIASCO (TO), COMPRESI I TRATTAMENTI RIGUARDANTI VIDEO E IMMAGINI, DOPO AVERE ATTENTAMENTE LETTO E PRESO ATTO DELLA INFORMATIVA SULLA PRIVACY, AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679, PUBBLICATA SUL SITO INTERNET DELLA SCUOLA .

**Vi ricordiamo che il conferimento dei dati richiesti è indispensabile alla scuola La Salle per l'assolvimento dei suoi obblighi istituzionali; l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare il mancato perfezionamento dell'iscrizione e l'impossibilità di fornire all'alunno tutti i servizi necessari per garantire il suo diritto**

FIGLIO/I

Nome ..... Cognome .....

Nome ..... Cognome .....

Nome ..... Cognome .....

**Il presente modulo di richiesta iscrizione con accettazione del patto di corresponsabilità educativa, autorizzazioni uscite giornaliere e soggiorni didattici, consenso privacy, viene firmato è accettato in Grugliasco lì, .....**

**(Firme per esteso e leggibili)**

**cognome nome I genitore ..... Firma .....**

**cognome nome II genitore .....Firma .....**

**cognome nome tutore ..... Firma .....**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

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

(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

(luogo)(prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( )

(luogo)(prov.)

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31/7/2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA CHE

Il minore (cognome e nome del minore) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

**ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:**

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella; (\*)

(\*) per i nati a partire dal 2017, che effettueranno la vaccinazione dopo il compimento dell'anno di età, come indicato dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale)

**ha effettuato in data \_\_\_\_\_ richiesta di prenotazione all'azienda sanitaria locale di \_\_\_\_\_ / pediatra \_\_\_\_\_ per effettuare le seguenti vaccinazioni \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_