|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “CANNIZZARO-GALATTI”**Via M.Giurba n.2 - 98123 MESSINA - Tel. 090/716398 - Fax 0906415456Distretto Scolastico 029 – Codice Fiscale 80008360838 e-mail: meic86600p@istruzione.it | C:\Users\utente22\Desktop\loghi\logo con bandiera italiana.png |

 Messina, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTIZIE UTILI PER INSERIMENTO ALUNNI DA CONSEGNARE**

**ALLE DOCENTI della SEZIONE n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BAMBINO/A**

Nome………………………………………………………………………………………………………………………………….

Cognome……………………………………………………………………………………………………………………………

Data di nascita……………………………….Luogo di nascita………………………………………………………...

Residenza…………………………………………………………………………………………………………………………..

**RECAPITO TELEFONICO per EMERGENZA**………………………………………………………………………….

**2**° **RECAPITO TELEFONICO per EMERGENZA**……………………………………………………………………..

**PADRE**

Nome………………………………………………………………………………………………………………………………...

Data di nascita……………………………….Luogo di nascita…………………………………………………………

**MADRE**

NOME……………………………………………COGNOME………………………………………………………………..

Data di nascita………………………………Luogo di nascita………………………………………………………..

**FRATELLI/SORELLE**

Nome………………………………………….età…………….. Nome………………………………………….età……………..

Nome………………………………………….età……………… Nome………………………………………….età………………

**STATO DI BENESSERE DEL BAMBINO**

**(in caso di patologia depositare il modulo ed il certificato in Segreteria ed una copia darla ai docenti di classe)**

Esigenze particolari – Eventuali stati di malessere cui è soggetto il bambino e sue reazioni

– Allergie – Intolleranze (**allegare certificato medico)**……………………………..………………**………….**

**N.B. In caso di necessità di farmaco salvavita compilare apposito modulo**