

Al Presidente della Scuola dell'Infanzia paritaria

Via _____
22000 - _____

 Scuola dell'Infanzia Parrocchiale
Via s. Martino, 17
23012 - Castione Andevenno SO
C.F. 80001820143 P.I. 00604350140

DOMANDA DI ISCRIZIONE A.S. 2024/2025

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla Scuola dell'Infanzia di:

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A

Cognome: _____ Nome: _____
Cod. Fiscale: _____ Indicare la Cittadinanza: _____
Nato a: _____ il: _____
Residente a: _____ Via: _____
Altro: _____

In regola con gli obblighi vaccinali, esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge n. 119/2017 Si No

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

Cognome: _____ Nome: _____
Cod. Fiscale: _____ Indicare la Cittadinanza: _____
Nato a: _____ il: _____
Residente a (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a): _____ Via: _____
Telefono: _____ e-mail _____
Altri recapiti telefonici: _____

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)

Cognome: _____ Nome: _____
Cod. Fiscale: _____ Indicare la Cittadinanza: _____
Nato a: _____ il: _____
Residente a (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a): _____ Via: _____
Telefono: _____ e-mail _____
Altri recapiti telefonici: _____

DATI ANAGRAFICI FRATELLI - SORELLE - CONVIVENTI

| | | | | | |
|-----------------|-------|---------|-------|-----|-------|
| COGNOME E NOME: | _____ | NATO A: | _____ | IL: | _____ |
| COGNOME E NOME: | _____ | NATO A: | _____ | IL: | _____ |
| COGNOME E NOME: | _____ | NATO A: | _____ | IL: | _____ |
| COGNOME E NOME: | _____ | NATO A: | _____ | IL: | _____ |
| COGNOME E NOME: | _____ | NATO A: | _____ | IL: | _____ |

DIETE ALIMENTARI

ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI:

SI NO

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE:

CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI AMMISSIONE

Barrare con una crocetta solo sulle caselle che corrispondono alla propria situazione familiare.

a) BAMBINO/A RESIDENTE:

| | |
|---|--------------------------|
| CON DISABILITA': | <input type="checkbox"/> |
| RESIDENTE ORFANO: | <input type="checkbox"/> |
| RESIDENTE DALLA NASCITA: | <input type="checkbox"/> |
| RESIDENTE DA 5 ANNI: | <input type="checkbox"/> |
| RESIDENTE DA 4 ANNI: | <input type="checkbox"/> |
| FIGLIO DI GENITORI ENTRAMBI LAVORATORI: | <input type="checkbox"/> |

b) BAMBINO/A NON RESIDENTE:

| | |
|--|--------------------------|
| MA CON FRATELLI/SORELLE CHE FREQUENTANO CODESTA SCUOLA DELL'INFANZIA | <input type="checkbox"/> |
| CON NONNI RESIDENTI | <input type="checkbox"/> |
| NON RESIDENTE | <input type="checkbox"/> |

ALTRE MOTIVAZIONI PARTICOLARI DELIBERATE DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE:

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

IN QUALITA' DI PADRE/MADRE/TUTORE:

- Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 D.LGS 196/2003 - Regolamento (UE) 2016/679 e dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate.
- Dichiaro di essere consapevole delle finalità educative (P.E. e P.T.O.F.) della vostra scuola paritaria - compreso l'Insegnamento della Religione Cattolica (I.R.C.) - e di aver ricevuto e accettato il Regolamento Interno *(ove approvato)*.
- Dichiaro di condividere e sottoscrivere il Patto di corresponsabilità educativa Scuola-Famiglia *(ove approvato)*.
- Autorizzo la partecipazione del minore alle uscite didattiche.
- Autorizzo la ripresa del minore (foto /riprese video) finalizzate alla produzione di DVD e/o attività promozionali in genere per finalità istituzionali.
- Che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 - 47 - 75 - 76 del D.P.R 445/2000.

DATA:

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI

ALLEGATO "A"