

ALLA DIREZIONE DELLA SCUOLA
FONDAZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA DI AZZATE
Via Cottalorda,4 - 21022 Azzate (VA)

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritt_ : Cognome: _____ Nome: _____

C.F.: _____

In qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale tutore affidatario

CHIEDE

L'iscrizione a codesta scuola, Sezione Primavera, per l'anno scolastico **_2020/_2021_** del bambino:

(cognome e nome del bambino)

(codice fiscale del bambino)

Il sottoscritto dichiara, ai sensi delle vigenti norme in materia di autocertificazione, che i dati sopraindicati sono veritieri.

DICHIARA INOLTRE:

- 1) di essere a conoscenza che la Scuola è una scuola paritaria ai sensi della L. 62/2000 e in quanto tale svolge il suo servizio pubblico in osservanza delle norme statali e regionali in materia di istruzione dell'infanzia;
- 2) di condividere il progetto educativo ispirato ai valori cristiani della vita; di essere consapevoli che l'IRC è parte integrante del progetto educativo di questa scuola paritaria di ispirazione cristiana e rappresenta un aspetto culturale irrinunciabile per la formazione della persona nel rispetto degli alunni di diverse culture, e di scegliere che il proprio figlio si avvalga dell'insegnamento della religione cattolica svolto secondo le modalità previste dalla normativa e nel pieno rispetto della libertà di coscienza di ciascun bambino;
- 3) di aver ricevuto il regolamento interno della scuola e di accettarne il contenuto in particolare le norme che riguardano l'organizzazione scolastica;
- 4) di prendere atto che l'azione formativa della Scuola, tesa ad agevolare l'adempimento dei compiti educativi propri della famiglia, viene svolta in stretta collaborazione con la famiglia stessa alla quale è richiesto di partecipare attivamente alla vita della Scuola:

Data: _____ Firma leggibile (*) _____

Data: _____ Firma leggibile (*) _____

(*) Alla luce delle disposizioni del codice in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia condivisa

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole della **responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero.**

Il sottoscritto _____

genitore dell'allun _____ dichiara che il proprio figlio

è nat_ a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale del bambino _____

è cittadino/a italiano/a altro (indicare la cittadinanza) _____

è residente a _____ CAP _____ Prov. _____

via _____ tel. _____

e-mail _____@_____

è stata/o sottoposta/o alle vaccinazioni obbligatorie ed ai sensi della L.119/2017 allega il seguente documento:

- certificato vaccinale rilasciato dall'ASST
- copia del libretto vaccinale vidimato dall'ASST
- copia della richiesta di vaccinazione
- dichiarazione sostitutiva
- documento attestante esonero/omissione o differimento (particolari situazioni mediche)

Segue una dieta alimentare speciale: si NO (se sì, allegare certificato medico rilasciato dall'A.S.L.).

Intende iscrivere il bambino/a:

- Full time (8,45 - 15,30)
- Part time (8,45 - 13,00)

Pre - scuola: frequenza regolare frequenza saltuaria

Dopo - scuola: frequenza regolare frequenza saltuaria

- Ha frequentato l'asilo nido: si no a: _____

La propria famiglia , oltre al bambino/a, è composta da:

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----
5. -----

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(grado di parentela)

6. -----

7. -----

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(grado di parentela)

Azzate, il _____ Firma leggibile _____

Azzate, il _____ Firma leggibile _____

ANNOTAZIONI:

FONDAZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA DI AZZATE

Via Cottalorda,4 - 21022 Azzate (VA)

In caso di necessità potete contattarci ai seguenti **RECAPITI TELEFONICI:**

Cognome e nome dell'alunno: _____

tel. Abitazione: _____

tel. luogo di lavoro Papà: _____

Cellulare Papà : _____

tel. luogo di lavoro Mamma : _____

Cellulare Mamma: _____

Nonni Paterni: Abitazione: _____ cell.: _____

Nonni Materni: Abitazione.: _____ cell.: _____

ALTRI NUMERI UTILI:

Cognome e Nome _____ tel: _____

Cognome e Nome _____ tel: _____

Cognome e Nome _____ tel: _____

Cognome e Nome _____ tel: _____

Azzate il _____

Firma leggibile _____

Azzate il _____

Firma leggibile _____