

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice fiscale _____ In qualità di _____
genitore/tutore/affidatario

CHIEDE

Per il/la proprio/a figlio/a _____
(cognome e nome del bambino)

per l'anno scolastico 2026/2027 l'iscrizione al Polo per l'Infanzia 06 per il servizio

- Micronido full time Micronido part time
 Sezione primavera full time Sezione primavera part time
 Scuola dell'infanzia

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 Fondazione Scuola dell'Infanzia – Azzate ETS è un Polo per l'Infanzia 06 e che gestisce un servizio di micro nido, una sezione primavera e una scuola dell'infanzia. La scuola dell'infanzia 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 della Fondazione ispirato ai valori cristiani della vita; di essere consapevoli che l'IRC è parte integrante del Progetto Educativo 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 condividere il Piano dell'Offerta Formativa;
- 4) di aver ricevuto il regolamento interno del servizio al quale ci si iscrive e di accettarne il contenuto in particolare le norme che riguardano l'organizzazione scolastica;
- 5) di prendere atto che l'azione formativa della Fondazione, 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 Fondazione stessa;
- 6) di essere a conoscenza che in caso di certificazione di disabilità, si rende necessario allegare alla presente domanda di iscrizione la relativa documentazione. Si precisa che in assenza di una comunicazione relativa alla certificazione di disabilità, la Fondazione si ritiene sollevata da responsabilità per gli eventuali danni o conseguenze derivanti dalla non conoscenza del quadro clinico del bambino;
- 7) di essere a conoscenza che qualora si renda necessario somministrare farmaci salvavita, occorre darne comunicazione e allegare alla presente domanda la relativa certificazione medica.
- 8) di essere a conoscenza che la frequenza è subordinata all'obbligo vaccinale come stabilito dalla Legge 119/2017 e che la mancata regolarizzazione della situazione vaccinale dei minori comporterà la decadenza dell'iscrizione secondo quanto previsto dall'articolo 3-bis, comma 5, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119.

I dati riportati nei moduli di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 che, oltre a comportare la decadenza dei benefici, prevedono conseguenze di carattere amministrativo e penale per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità.

Data _____ Firma leggibile (*) _____ 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 di _____

DICHIARA CHE IL PROPRIO/A FIGLIO/A

è nat_ a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale del bambino

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

è residente a _____ CAP _____ Prov. _____

via _____ n. _____ tel. _____

e-mail _____ @ _____

segue una dieta alimentare per motivi di salute no sì (allegare alla presente certificazione medica)

segue una dieta alimentare per motivi etico-religiosi no sì, si chiede di escludere dalla dieta _____

A oggi frequenta:

il micro nido della Fondazione il nido di

la sezione primavera della Fondazione la sezione primavera di

la scuola dell'infanzia di

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

- Autorizza il proprio/a bambino/a a partecipare alle uscite e visite guidate nel territorio del Comune di Azzate

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

ISCRIZIONE SERVIZI AGGIUNTIVI

I servizi aggiuntivi, comunemente detti pre e post scuola, hanno un'iscrizione annuale. L'eventuale possibilità di frequenza in modalità saltuaria sarà comunicata a inizio anno e subordinata alla disponibilità dei posti.

Micronido

Il sottoscritto intende iscrivere il/la proprio/a figlio/a al servizio di

- prolungamento orario (dalle ore 15.30 alle ore 18)

Sezione primavera

Il sottoscritto intende iscrivere il/la proprio/a figlio/a al servizio di

- post scuola (dalle ore 15.30 alle ore 18)

Scuola dell'infanzia

Il sottoscritto intende iscrivere il/la proprio/a figlio/a al servizio di

- pre scuola (dalle ore 7.30 alle ore 8.50) post scuola (dalle ore 15.30 alle ore 18)

Si precisa che la presente domanda sarà ritenuta completa, se corredata da

- fotocopia codice fiscale di entrambi i genitori
- fotocopia carta d'identità e codice fiscale del/la bambino/a
- certificazione medica, in caso di necessità di dieta per motivi di salute
- verbale di accertamento medico, in caso di diagnosi di condizione di disabilità o Certificazione Medico Diagnostica Funzionale qualora l'iter sia ancora in corso

Scheda di facile consultazione

Nome e cognome dell'alunno

Mamma

Nome e cognome _____

Cellulare								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

Recapito telefonico luogo di lavoro _____

Papà

Nome e cognome _____

Recapito telefonico luogo di lavoro _____

Altri numeri utili

Nome e cognome _____ **Grado di parentela** _____

Grado di parentela

Nome e cognome

Grado di parentela

Nome e cognome

Grado di parentela

Nome e cognome _____

Grado di parentela _____