SCUOLA PARITARIA COMUNALE DELL'INFANZIA
"SUOR TOMASINA POZZI"
Via Istituto Suore Santa Maria di Loreto n. 3
22029 Uggiate con Ronago
TEL/FAX 031/948389
E-mail scuolainfanziacomunalestpozzi@gmail.com
co1a09600c@comune.uggiate-trevano.co.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA COMUNALE PARITARIA "SUOR TOMASINA POZZI" ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Il/la sottoscritto/a_____
(cognome e nome)

in qualità di padre ☐ madre ☐ tutore ☐ affidatario ☐

FA DOMANDA

di iscrizione del proprio figlio a codesta scuola dell'Infanzia per l'anno scolastico 2024/2025 e si impegna a rispettarne il Regolamento interno.
A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che:

Il /la BAMBIN_____ F M
(COGNOME E NOME)

È NATO/A a _____(____) Il_____

E'CITTADINO/A_____

E' RESIDENTE a_____VIA_____ N°____

Codice Fiscale del b/o _____

• la propria famiglia convivente è composta, oltre al bambino da:

Cognome e Nome	Luogo di Nascita e data di nascita	Grado di Parentela
_____	_____	Padre
_____	_____	Madre
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Dichiara altresì di aver preso visione del nuovo Regolamento della Scuola dell'Infanzia Paritaria Comunale "Suor Tomasina Pozzi" approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n.23 del 15/12/2022

Firma di autocertificazione_____ (D.P.R. 445/2000)

(Allegare copia di un documento valido di identità)

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione.

Data Firma *

_____ _____

_____ _____

* Alla luce delle disposizioni del codice civile 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 stata condivisa.

Richiede altresì la frequenza del:

BARRARE LA RISPOSTA INTERESSATA

PRESCUOLA SI NO

(dalle **7.30** con entrata dalle 7.30 alle 8.10)

SCUOLABUS andata SI NO

ritorno SI NO

DOPOSCUOLA SI NO

(dalle **15.30** alle **17.30**)

Prima uscita dalle 16.20 alle 16.30

Seconda uscita dalle 17.20 alle 17.30

DATI FAMILIARI

DATI ANAGRAFICI DEL **PADRE/ TUTORE/AFFIDATARIO**

Cognome……. Nome……

Nato a …… il…….. e residente a …… prov…….

In Via……nr. …….. C.F……

Professione……

DATI ANAGRAFICI DELLA **MADRE/ TUTORE/AFFIDATARIO**

Cognome……. Nome……

Nato a …… il…….. e residente a …… prov…….

In Via……nr. …….. C.F……

Professione……

Genitore al quale deve essere intestato il bollettino di pagamento: _____

RECAPITI TELEFONICI:

RECAPITO TELEFONICO PRIORITARIO
(al quale garantite sempre la reperibilità)

N. TELEFONO DI CASA

CELL. MADRE

CELL. PADRE

Indirizzo e-mail @

(l'indirizzo e-mail verrà inserito in una mail-list per comunicazioni scuola – famiglia; scrivere in modo chiaro e leggibile).

E' indispensabile avere un ulteriore recapito in caso di necessità oltre ai numeri indicati sopra.

Sig. _____ grado di parentela _____ tel_____

Sig. _____ grado di parentela _____ tel_____

Sig_____ grado di parantela _____ tel_____

FIRMA……..

SCHEDA DI PRESENTAZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

ABITUDINI FAMILIARI RELATIVE A:

PRANZO

Eventuali allergie NO SI quali _____

_____

Intolleranze alimentari NO SI quali_____

_____

(Per variazioni al menù vedere art.. 11 Regolamento)

SALUTE

Ha problemi di salute particolari? NO SI quali_____

Necessita di un farmaco salvavita? _____

(Si informa che la scuola non è autorizzata a somministrare medicinali, ad eccezione dei salvavita per i quali è richiesta la certificazione medica.)

NOTIZIE BAMBINO

Con chi gioca il bambino, i suoi giochi preferiti, se ha paure particolari, altro….

_____

_____

Eventi speciali che si ritiene utili segnalare accaduti durante i primi anni di vita (es. ricoveri, lutti..)

_____

Chi si occuperà principalmente dell'inserimento del vostro bambino

_____

Altre eventuali comunicazioni o richieste che si ritiene utile fornire alla scuola:

_____

_____

Ha frequentato l'Asilo Nido? SI NO

Se sì quale? _____

Ha frequentato altra scuola dell'Infanzia? SI NO

Se si quale _____

AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE SUL TERRITORIO

Acconsento che mio figlio partecipi alle uscite didattiche (passeggiate, visite scuole, biblioteca, ecc.) proposte in orario scolastico. SI NO

DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DELLE IMMAGINI E DEI NOMI DEI MINORI

I sottoscritti, _____(padre/tutore) _____(madre/tutore) genitori dell'alunno/a_____

AUTORIZZANO

La Scuola dell'Infanzia "Suor Tomasina Pozzi" di Uggiate-Trevano a realizzare e a divulgare, senza avere nulla a pretendere in termini di compenso o diritti, le pubblicazioni di eventuali foto, video o altri materiali audiovisivi contenenti l'immagine, il nome, la voce del proprio bambino/a oltre che testi e/o disegni realizzati a scopo educativo-didattico, in modo particolare per:

- cartelloni all'interno/esterno della scuola o in occasione di mostre ed eventi didattici;
- cd, dvd relativi alla documentazione di attività progettuali;
- stampe di libretti scolastici;
- giornali locali;
- filmati e foto per la documentazione dei diversi progetti ed utilizzati ai fini didattici dalle docenti tirocinanti dell'Università, presenti a scuola nel corso dell'anno scolastico.

MODULO PER LA SCELTA DI AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA.

I sottoscritti .....
genitori dell'alunno ……dichiarano che intendono

☐ avvalersi ☐ non avvalersi

per il proprio figlio dell'insegnamento della religione cattolica.

Luogo e data ……. Firma…….

SI RICORDA CHE LE SUDDETTE AUTORIZZAZIONI SONO VALIDE PER L'INTERO CICLO DI FREQUENZA.

EVENTUALI VARIAZIONI ANDRANNO COMUNICATE ALL'INSEGNANTE.

DELEGA PER IL RITIRO

DEL BAMBINO

IO SOTTOSCRITTO/A Cognome _____ Nome _____

IN QUALITA' DI ____ _____

DEL/DELLA BAMBINO/A Cognome _____ Nome_____

DELEGO

al ritiro da scuola del/della minore, le seguenti persone:

Cognome _____ Nome _____ In qualità di _____

Documento d'identità n°_____ _____Rilasciato da_____

Firma:_____

Cognome _____ Nome _____ In qualità di _____

Documento d'identità n°_____ _____Rilasciato da_____

Firma:_____

Cognome _____ Nome _____ In qualità di _____

Documento d'identità n°_____Rilasciato da_____

Firma:_____

Cognome _____ Nome _____ In qualità di _____

Documento d'identità n°_____Rilasciato da_____

Firma:_____

Data _____ **Firma genitore**:_____

SI RICORDA CHE IL BAMBINO PUO' ESSERE AFFIDATO SOLO A MAGGIORENNI,OVVERO IN CASI ECCEZIONALI (DEBITAMENTE DOCUMENTATI) A PERSONE CON PIU' DI 14 ANNI. LA RESPONSABILITA' DELLA SCUOLA CESSA DAL MOMENTO IN CUI IL BAMBINO VIENE AFFIDATO ALLA PERSONA DELEGATA.

ALLEGARE FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITA' DELLE PERSONE DELEGATE.