

Al Presidente della Scuola dell'Infanzia paritaria
"***Scuola dell'Infanzia di Caccivio"***
Via Cesare Battisti, 6
22075 – Lurate Caccivio (Co)

DOMANDA DI ISCRIZIONE A.S. 2027-2028

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione presso la Vostra Scuola dell'infanzia di:

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A

COGNOME _____ **NOME** _____

CODICE FISCALE _____ **CITTADINANZA** _____

NATO A _____ **PROV** _____ **IL** _____

RESIDENTE A _____ **VIA** _____ N._____

In regola con gli obblighi vaccinali, esonero o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge 119/2017 **SI** ○ **NO** ○

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE *(o tutore legale)*

COGNOME _____ **NOME** _____

CODICE FISCALE _____ **CITTADINANZA** _____

NATO A _____ **PROV**_____ **IL** _____

RESIDENTE A _____ **VIA** _____ N._____
(indicare solo se diversa da quella dell'alunno)

TEL._____ **E-MAIL** _____

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE *(o tutrice legale)*

COGNOME _____ **NOME** _____

CODICE FISCALE _____ **CITTADINANZA** _____

NATO A _____ **PROV** _____ **IL** _____

RESIDENTE A _____ **VIA** _____ N. _____
(indicare solo se diversa da quella dell'alunno)

TEL._____ **E-MAIL** _____

ATTENZIONE: ALLEGARE COPIA DEL CODICE FISCALE DEL BAMBINO E DEL GENITORE A CUI INTESTARE LA RICEVUTA DI PAGAMENTO

DATI ANAGRAFICI FRATELLI-SORELLE-CONVIVENTI

COGNOME E NOME _____ **NATO A** _____**IL** _____

COGNOME E NOME _____ **NATO A** _____**IL** _____

COGNOME E NOME _____ **NATO A** _____**IL** _____

SERVIZIO PRE-POST SCUOLA

PRE-SCUOLA **dalle ore 7,30 alle ore 8,30** SI _____ NO _____

POST-SCUOLA **dalle ore 16,00 alle ore 18,00** SI _____ NO _____

DIETE ALIMENTARI e PATOLOGIE

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI SI _____ NO _____

PATOLOGIE DA SEGNALARE_____

CLASSE BILINGUE

ISCRIZIONE ALLA CLASSE BILINGUE SI _____ NO _____

Genitore al quale deve essere intestata la ricevuta di pagamento_____

EVENTUALE NUMERO TELEFONICO ED INDIRIZZO AL QUALE RIVOLGERSI PER INFORMAZIONI

URGENTI DURANTE L'ANNO SCOLASTICO

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

I SOTTOSCRITTI: _____

IN QUALITA' DI MADRE/PADRE/TUTORE DELL'ALUNNO/A _____

- Dichiarano di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 e danno il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e le modalità dichiarate.
- Dichiarano di essere consapevoli delle finalità educative (P.T.O.F.) della scuola paritaria "Scuola dell'Infanzia di Caccivio" compreso l'insegnamento della Religione Cattolica (I.R.C) e di aver ricevuto e accettato il Regolamento Interno.
- Dichiarano di aver ricevuto copia del menù scolastico e relativa informativa sugli allergeni, avendo cura di comunicare preventivamente eventuali presenze di allergie, allegando certificato del medico curante.
- Autorizzano la partecipazione del minore a passeggiate sul territorio e alle uscite didattiche.
- Dichiarano 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 _____