



DATI ANAGRAFICI

• Nome, cognome e codice fiscale del/la bambino/a:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome	Cognome	Codice fiscale

• Tipo di iscrizione

- ☐ Prima iscrizione o aggiornamento dati anagrafici (deleghe, famiglia, alimentazione, IRC,uscite didattiche)
- ☐ Conferma dati anagrafici (deleghe, famiglia, alimentazione, IRC,uscite didattiche), solo data e firme

• Generalità del padre:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nome	Cognome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Luogo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cittadinanza	Codice fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono abitazione	Cellulare	Email

Indirizzo di residenza se diverso dal figlio

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via	N°	Città

• Generalità della madre:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nome	Cognome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Luogo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cittadinanza	Codice fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono abitazione	Cellulare	Email

Indirizzo di residenza se diverso dal figlio

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via	N°	Città



• Altri recapiti telefonici:

Nome Cognome	Ruolo (es. zio)	Numero di telefono	Firma

• Autorizzo le insegnanti e sollevo la scuola da ogni responsabilità nell'affidare mio figlio alle persone maggiorenni di seguito elencate:

Nome Cognome	Ruolo (es. zio)	Data di nascita	Ruolo (es.zio)

Allegare: carta d' identità delle persone con delega al ritiro del bambino/a.

• Dichiaro che mia/o figlia/o è allergica o intollerante a: _____

• Dichiaro che mia/o figlia/o necessita di somministrazione di farmaci salvavita:

☐ SI

☐ NO

Allegare: certificati medici per intolleranze, allergie o certificato e posologia medica per somministrazione farmaci salvavita.

• Per motivi etico/religiosi non gli/le vengano somministrati i seguenti alimenti:

☐ Carne di maiale

☐ Tutti i tipi di carne e pesce

☐ Tutti i tipi di carne e derivati

☐ Altro _____



SCUOLA INFANZIA "SACRO CUORE"
Associazione – D.P.R. 12.12.2003, N.0445/Pres
Via Valvasone n.20 – Tel. 0434/86202
33072 CASARSA DELLA DELIZIA (PN)
C.Fiscale 80004830933 – P.Iva 00216770933

e-mail: sm.sacrocuore@libero.it
Pec: sm.sacrocuore@pec.it
www.scuolasacrocuorecasarsa.it

- Si avvale dell'insegnamento della Religione Cattolica come da progetto Educativo della Scuola ispirato ai valori cristiani della vita: di essere consapevoli che l'IRC è parte integrante del progetto educativo di questa scuola 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; consapevole che in caso di diniego non si prevedono attività alternative :

☐ SI

☐ NO

- Autorizzo mia/o figlia/o ad accedere alle uscite didattiche in territorio comunale proposte dalla scuola, consapevole che in caso di diniego e impossibilità ad affidarla/o a personale autorizzato, lo stessa/o dovrà essere portata/o a scuola in orario concordato con la direzione e comunque successivo al rientro di tutti i bambini :

☐ SI

☐ NO

Note (altre informazioni utili): _____

- ☐ Dichiaro di aver effettuato la scelta nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità genitoriale Art 316, 336 ter e 336 quater

Data

Firma

Firma
