



**Scuola dell'infanzia A. e C. Catelli**

Via Umberto I°, 66

22075 Lurate Caccivio (Como)

Tel: 031 490088

P.I. 00649950136

e-mail: [info@scuolacatellilurate.it](mailto:info@scuolacatellilurate.it)

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2022/2023

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla Scuola dell'Infanzia di:

### DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO/A

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Dichiariamo che il/la bambino/a è in regola con gli obblighi vaccinali di cui alla legge n. 119/2017 e consegniamo copia del certificato vaccinale aggiornato

### DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

(indicare se diversa da quella dell'alunno)

Telefono: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Altri recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
(indicare se diversa da quella dell'alunno)

Telefono: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Altri recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE – CONVIVENTI**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

**DIETE ALIMENTARI E SALUTE**

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI (presentare certificato medico e richiedere modulo da compilare in segreteria)

\_\_\_\_\_

DIETA PER MOTIVI RELIGIOSI/ETICI (richiedere modulo da compilare in segreteria)

\_\_\_\_\_

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE \_\_\_\_\_

E' seguito/a dal Pediatra/Medico di famiglia di libera scelta Dott. \_\_\_\_\_

**ADESIONE AI SERVIZI EXTRA (valida per l'intero anno scolastico)**

RICHIESTA SERVIZIO PRE SCUOLA (7.30-8.30)

RICHIESTA SERVIZIO POST SCUOLA (15.15-18.00)

INTENDE USUFRUIRE DEL SERVIZIO ESTIVO NEL MESE DI LUGLIO SI NO  
(manifestazione di interesse non vincolante)

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_

in qualità di padre/madre/tutore: \_\_\_\_\_

- Dichiariamo di aver perso visione e di accettare il regolamento interno della scuola;
- Autorizziamo la partecipazione del minore alle uscite didattiche sul territorio comunale;
- Autorizziamo la ripresa del minore (foto/riprese video) destinata alla documentazione delle attività didattiche e/o attività promozionali per finalità istituzionali e alla pubblicazione di foto e video sull'APP (ad uso esclusivo delle famiglie iscritte e del personale scolastico);
- Dichiariamo di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 e dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate;
- Che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46-47-75-76 del DPR 445/2000;
- Autorizziamo le persone sotto elencate al ritiro, al termine dell'orario scolastico, del bambino: Il presente elenco potrà essere aggiornato solo mediante comunicazione scritta:

Cognome e Nome	N. carta d'identità	Rapporto di affinità o parentela

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI: \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI: \_\_\_\_\_