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

DOMANDA DI ISCRIZIONE
ANNO SCOLASTICO 2027/2028
SCUOLA DELL'INFANZIA

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

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

□ Dichiariamo che almeno un/una nonno/a del bambino/a è residente nel Comune di Lurate Caccivio

□ Dichiariamo che i genitori sono entrambi lavoratori

DATI ANAGRAFICI DEL GENITORE (o esercente la responsabilità genitoriale)

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 DEL GENITORE (o esercente la responsabilità genitoriale)

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 _____

È 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 (7.30-8.45) □

RICHIESTA SERVIZIO POST SCUOLA (15.15-18.00) □

L'adesione ai servizi extra (pre e post scuola) è da intendersi con validità annuale e la quota relativa vi verrà richiesta in due rate di pari importo unitamente alle rette di frequenza dei mesi di settembre e gennaio.

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 essere in possesso, aver preso 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**

Si allegano alla presente:

- Certificato vaccinale aggiornato
- Modulo mandato SDD
- Documento d'identità del minore e dei genitori (o esercente la responsabilità genitoriale)

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE DI ENTRAMBI I GENITORI/ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

Firma:_____ Firma:_____