

ISCRIZIONE SCUOLA INFANZIA PARITARIA "CUORE IMMACOLATO DI MARIA"

ANNO SCOLASTICO 2023-2024

LA SCHEDA VA COMPILATA ESCLUSIVAMENTE IN STAMPATELLO

Cognome e nome del **BAMBINO/A**

Nato /a _____ il _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Residente in via _____ n° _____ nel comune di _____

SITUAZIONE FAMILIARE

I genitori sono separati o divorziati
(artt. 155 e 317 del C.C. legge 2006/54)

SI	NO
----	----

In caso di risposta affermativa indicare a chi è affidato il minore: _____

*è opportuno informare la scuola di eventuali limitazioni della potestà genitoriale decretate dal Tribunale dei Minori.

Il nucleo familiare del bambino è composto da un UNICO GENITORE

SI	NO
----	----

Cognome e nome del **PADRE** _____

Nato a _____ il _____ Cittadinanza _____

Codice fiscale _____ genitore lavoratore

SI	NO
----	----

Residente in via _____ n° _____ nel comune di _____

Cognome e nome della **MADRE** _____

Nata a _____ il _____ Cittadinanza _____

Codice fiscale _____ genitore lavoratore

SI	NO
----	----

Residente in via _____ n° _____ nel comune di _____

RECAPITO TELEFONICI e indirizzo MAIL

INDIRIZZO MAIL MADRE *Campo obbligatorio	CELLULARE MADRE	TELEFONO LAVORO MADRE
INDIRIZZO MAIL PADRE *Campo obbligatorio	CELLULARE PADRE	TELEFONO LAVORO PADRE
TELEFONO NONNI MATERNI	TELEFONO NONNI PATERNI	

CHIEDE

		SI	NO
Di poter usufruire del servizio di:	PRE - SCUOLA		
	POST - SCUOLA		

SI IMPEGNA

- Al versamento della quota di iscrizione di euro 50,00 (non rimborsabili) al momento della conferma
- al pagamento della retta mensile (calcolata in base all'ISEE) anche nel caso di assenza del figlio/a, ENTRO IL 5 DI OGNI MESE con addebito in via continuativa SEPA.

DICHIARA

- Di essere a conoscenza che la scuola è una Scuola Paritaria ai sensi della L.62/2000 e in quanto tale svolge il suo servizio pubblico in osservanza delle norme statali e regionali in materia di istruzione dell'infanzia;
- Di aver sottoposto il proprio figlio/a alle vaccinazioni obbligatorie **SI'**_____ **NO**_____;
- Che il bambino/a ha particolari patologie legate alla salute _____ (al fine di garantire l'organizzazione necessaria all'accoglienza di minori portatori di disabilità o di comprovate fragilità, si invitano le famiglie a far pervenire la relativa documentazione alla scuola contestualmente alla conferma di avvenuta iscrizione);
- Allergie alimentari _____;
- Di autorizzare la partecipazione del proprio figlio/a alle uscite didattiche **SI'**_____ **NO**_____;
- Di aver preso visione del regolamento d'Istituto e di accettarlo integralmente;
- Di non aver presentato domanda di iscrizione in altre scuole dell'Infanzia di Lissone (compresa la Sezione Primavera).

Firma di autocertificazione* (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; D.P.R. 445/2000)

_____ (padre)

_____ (madre)

Luogo e data _____

*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa. **Si richiede la firma congiunta in caso di genitori separati/divorziati.**