



## Anno scolastico 2018 / 2019

# DOMANDA DI ISCRIZIONE SEZIONE PRIMAVERA

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in qualità di:                                  genitori                                  tutori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_, M / F

chiedono l'iscrizione dell'\_\_stess\_\_ alla Scuola dell'Infanzia paritaria Vidario per l'anno scolastico 2018 / 2019.

[ ] giornata intera (8:30-16:00)                                  [ ] giornata ridotta (8:30-13:30)

Asilo nido di provenienza (eventuale) \_\_\_\_\_

**Consapevoli delle responsabilità cui vanno incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiarano:**

### DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A

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

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza Italiana    SI    NO

### DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (O TUTORE LEGALE)

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

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \* \_\_\_\_\_ (\*) solo se diversa da quella del figlio

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza Italiana    SI    NO

Telefono/cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Hobby \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE

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

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \* \_\_\_\_\_ (\*) solo se diversa da quella del figlio

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza Italiana    SI    NO

Telefono/cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Hobby \_\_\_\_\_



Scuola dell'Infanzia "Asilo Infantile Vidario"  
Viale Vidario, 1 – 22040 Alzate Brianza (CO)  
Tel e Fax: 031 630 352 – email: [segreteria@asiloinfantilevidario.it](mailto:segreteria@asiloinfantilevidario.it)  
Codice Fiscale e Partita IVA: 00647320134

### INFORMAZIONI SANITARIE

L'Alunno è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie ?      SI      NO

**Per l'anno scolastico 2018-2019, la documentazione vaccinale dovrà essere prodotta dai genitori, dai tutori o dai soggetti affidatari, all'atto dell'iscrizione del minore; in caso di presentazione della dichiarazione sostitutiva il termine per la consegna della documentazione comprovante l'adempimento degli obblighi vaccinali è fissato al 10 luglio 2018.**

(1) Soffre di patologie importanti?      SI      NO      Quali ? \_\_\_\_\_

(2) Soffre di allergie di tipo respiratorie ?      SI      NO      Quali ? \_\_\_\_\_

(2) Soffre di allergie di tipo alimentari ?      SI      NO      Quali ? \_\_\_\_\_

Altro da segnalare \_\_\_\_\_

(1) allegare certificato medico    (2) allegare certificato medico dell'allergologo

### NUCLEO FAMILIARE

Fratelli o sorelle dell'alunno/a:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 31.12.1996, n. 675 "Tutela della privacy" - art. 27).

**Si evidenzia che la compilazione del presente modulo di iscrizione costituisce impegno irrevocabile ad onorare la retta per l'intero anno scolastico, per gli importi indicati nel prospetto contributo e pagamento rette dell'anno scolastico.**

L'iscrizione sarà ratificata e efficace solo dal momento del versamento della quota di iscrizione. Tale somma rimarrà comunque nella disponibilità della scuola anche qualora dovesse intervenire la revoca dell'iscrizione per motivi non dipendenti dalla scuola stessa.

**In caso di assenza per motivi di malattia prolungata, per almeno 3 mesi consecutivi documentati da certificato medico, si ha diritto ad una riduzione in ragione di € 50,00 per ogni mese di malattia certificata.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Scuola dell'Infanzia "Asilo Infantile Vidario"

Viale Vidario, 1 – 22040 Alzate Brianza (CO)

Tel e Fax: 031 630 352 – email: [segreteria@asiloinfantilevidario.it](mailto:segreteria@asiloinfantilevidario.it)

Codice Fiscale e Partita IVA: 00647320134

## ELENCO DELLE PERSONE AUTORIZZATE AL RITIRO DEL BAMBINO/A AL TERMINE DELLE LEZIONI, ED AUTORIZZATE ALLA COMUNICAZIONE DI NOTIZIE PERSONALI LEGATE AL BAMBINO/A:

Il presente elenco potrà essere aggiornato, durante l'anno scolastico, solo mediante comunicazione scritta.

Nome e cognome	Rapporto o parentela	Recapito

### USCITE E VISITE DIDATTICHE

Autorizziamo l'alunno a partecipare, nel corso dell'intero anno scolastico, con i compagni e sotto la sorveglianza del personale scolastico autorizzato, ad uscite o visite guidate a piedi o in scuolabus, nell'ambito del territorio comunale.

Autorizziamo

Non Autorizziamo

Con la presente dichiarazione, relativa alle persone elencate, solleviamo la Scuola da ogni responsabilità civile o penale per eventuali incidenti.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_