



Al Presidente della Scuola dell'Infanzia paritaria
"ASILO INFANTILE" di Oltrona di San Mamette
Via don F. Conti, 1
22070 – Oltrona di San Mamette - CO

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SEZIONE PRIMAVERA A.S. 2024-2025

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

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A

Cognome	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a:	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>

In regola con gli obblighi vaccinali, esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge n.119/2017 – ALLEGO certificato vaccinale

Si No

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

Cognome	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a (solo se diversa da quella dell'alunno/a):	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
Altri recapiti telefonici:	Lavoro <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)

Cognome	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a (solo se diversa da quella dell'alunno/a):	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
Altri recapiti telefonici:	Lavoro <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI ANAGRAFICI FRATELLI - SORELLE – ALTRE PERSONE CONVIVENTI

COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>

SERVIZIO PRE – POST SCUOLA

Richiesta di servizio PRE-SCUOLA: MENSILE SALTUARIO

DIETE ALIMENTARI

Il bambino/a è affetto da eventuali allergie o intolleranze alimentari **certificate**? **SI** **NO**

Se si quali? _____
(In questo caso allegare copia della certificazione medica)

Si richiede la dieta speciale per motivi etici, religiosi? **SI** **NO**

Se si per quali cibi? _____

INFORMAZIONI SUL BAMBINO

Il bambino/a necessita di medicinali salvavita o terapie particolari? **SI** **NO**

Se si quali? _____

Specificare eventuali situazioni di disabilità e/o di disagio socio-ambientale certificate (L. 104/92):

Il bambino ha frequentato l'asilo nido? **SI** **NO**

Se si quale? _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

IN QUALITA' DI PADRE/MADRE/TUTORE:

- Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 D.LGS 196/2003 - 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.
- Dichiaro di essere consapevole delle finalità educative (P.E. e P.T.O.F.) della vostra scuola paritaria - compreso l'Insegnamento della Religione Cattolica (I.R.C.) - e di aver ricevuto e accettato le disposizioni contenute nell'estratto del Piano Triennale dell'Offerta Formativa di cui è stata consegnata copia.
- Autorizzo la partecipazione del minore alle uscite didattiche sul territorio comunale.
- Autorizzo la ripresa del minore (foto /riprese video) finalizzate alla produzione di DVD e/o attività promozionali in genere per finalità istituzionali (quotidiani locali, proiezione durante le riunioni, cartelloni esposti a scuola).
- Il sottoscritto dichiara inoltre che, ai sensi del D. L.gs. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs n. 101/18 (vigente normativa italiana in materia di privacy) e della specifica delibera dell'Autorità Garante "La Scuola a prove di privacy", qualsiasi materiale foto/video prodotto in occasione di eventi organizzati dalla scuola (recite, gite, saggi, ecc.) da me stesso, da mio/a figlio/a o da miei familiari/amici, sarà utilizzato esclusivamente in ambito familiare/amicale, evitando la diffusione via Internet o la comunicazione a soggetti terzi, sollevando la scuola da qualsiasi responsabilità in merito.
- Dichiaro che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 – 47 – 75 – 76 del D.P.R 445/2000.
- Dichiaro di essere a conoscenza che il contributo annuale a carico delle famiglie per l'A.S. 2024-2025 sarà di € 2500,00 (può essere versata in una o più rate, massimo 10. Se pagata mensilmente è di **€ 250,00** e va versata entro il 10 del mese corrente).
- Dichiaro di aver provveduto a versare la quota di iscrizione pari a €. 100,00 (comprensiva della quota associativa) sul conto corrente della scuola presso la Banca BPER di Olgiate Comasco **IBAN IT 32 H 05387 51620 000042595032**.

DATA:

**FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE
VECI**

**FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE
VECI**