

DOMANDA DI ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA di CASORATE PRIMO

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

I_ sottoscritt_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

che _I_ padre/madre è a conoscenza e acconsente alla presente richiesta di iscrizione.

Data,

Firma

Alunn_ _____	
nat_ a _____ () il _____	
Codice Fiscale _____	
Nazionalità _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

A.S. 20 ____ / 20 ____

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto Comprensivo Statale

I sottoscritti _____

Padre _____
cognome e nome

Madre _____
cognome e nome

Tutore _____
cognome e nome

CHIEDONO

di iscrivere _I_ figli_ alla scuola dell'infanzia di CASORATE PRIMO avvalendosi dei seguenti servizi:

- Mensa scolastica (***Richiesta da formalizzare in Comune***)
- Post-scuola (dalle 16,00 alle 17,30– Gestito dall'Amministrazione Comunale – ***Richiesta da formalizzare in Comune nel mese di giugno***)

CHIEDONO altresì di AVVALERSI

RICHIESTA DI AMMISSIONE ALLA FREQUENZA ANTICIPATA

(Riferita a coloro che sono nati nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2021 e il 30 aprile 2021)

Si

No

Il/la sottoscritto/a, nel richiedere l'ammissione anticipata alla scuola dell'infanzia, è consapevole che l'accoglimento dell'istanza è subordinato:

1. alla precedenza dei bambini/e non anticipatari/e;
2. alla disponibilità di posti e all'esaurimento di eventuali liste di attesa;
3. alla presenza di attrezzature e locali idonei a rispondere alle esigenze di alunni così piccoli.

La frequenza dei bambini anticipatari è disciplinata dal *Protocollo di accoglienza* approvato dagli organi collegiali della scuola, che tiene conto di specifiche valutazioni pedagogiche e didattiche.

SCELTA TEMPO SCUOLA – A.S. 20...../20.....

A) TURNO ANTIMERIDIANO (dalle ore 8,00 alle 13,00)

B) INTERA GIORNATA (dalle ore 8,00 alle 16,00)

DICHIARANO

Residenza della famiglia

VIA	LUOGO
TEL.	CELL.
INDIRIZZO MAIL	

Reperibilità dei genitori o chi ne fa le veci durante l'orario scolastico:

MADRE	CELL.
PADRE	CELL.
ALTRO (cognome, nome e relazione di parentela)	CELL.

Eventuale asilo nido o scuola dell'infanzia frequentato: _____

Inoltre in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, il sottoscritto dichiara:

◇ che la propria famiglia è composta da:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela

- ◇ Che _I_ figli_ è stat_ sottopost_ alle vaccinazioni obbligatorie SI NO
- ◇ Che _I_ figli_ è bambino/a con disabilità SI NO
- ◇ Che _I_ figli_ è bambino/a è in fase di accertamento o certificazione SI NO
- ◇ Eventuali necessità particolari, di carattere medico, relative al bambino (diabete, assunzione di farmaci in orario scolastico, necessità di variazione orario di ingresso/uscita per visite, o terapie,ecc..(Compilare modulo allegato)

.....
.....
.....

- ◇ Eventuali richieste da parte della famiglia:

.....
.....
.....
.....

DATA _____ F I R M A _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE:

- N. 2 FOTO FORMATO TESSERA
- ATTESTAZIONI PER FORMAZIONE EVENTUALE LISTA DI ATTESA
- CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'
- MODULO PER INTOLLERANZE E O ALLERGIE
- CERTIFICATO REGOLARITA' VACCINALE PER ALUNNI NON RESIDENTI IN REGIONE LOMBARDIA OPPURE APPENA ARRIVATI IN ITALIA (se l'alunno ha eseguito le vaccinazioni fuori dalla Regione Lombardia, richiedere certificato all'ATS di effettuazione vaccinazioni. Se l'alunno è appena arrivato in Italia, rivolgersi all'Agenzia delle Entrate per il rilascio del Codice Fiscale, rivolgersi in Comune per il Documento di Identità e all'ASL di Pavia per il rilascio della Tessera Sanitaria e per il certificato vaccinale. Sia che l'alunno provenga da un'altra Regione, sia che provenga dall'Estero, si dovranno poi recare all'AST di Pavia per il rilascio del certificato vaccinale da portare in segreteria).
- SI RICORDA CHE PER ACCEDERE ALLA SCUOLA INFANZIA, LE VACCINAZIONI SONO OBBLIGATORIE. SE L'ALUNNO NON E' VACCINATO, NON POTRA' ACCEDERE FINCHE' NON SI SARA' REGOLARIZZATO.**

**MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCEGLIERE SE AVVALERSI O NON AVVALERSI
DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA PER L'A.S. 20...../20.....**

ALUNNO _____

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 9.2), il presente modulo costituisce richiesta all'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica. La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce.

A. Insegnamento della Religione Cattolica (IRC)

B. Attività Alternativa

F I R M A

Data _____

Art. 9 n. 2 dell'Accordo, con protocollo addizionale, tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede firmato il 18 febbraio 1984, ratificato con la L. 25 marzo 1985, n. 121, che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell'11 febbraio 1929: *"La Repubblica Italiana, riconoscendo il valore della cultura religiosa e tenendo conto che i principi del cattolicesimo fanno parte del patrimonio storico del popolo italiano, continuerà ad assicurare, nel quadro delle finalità della scuola, l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole pubbliche non universitarie di ogni ordine e grado.*

nel rispetto della libertà di coscienza e della responsabilità educativa dei genitori, è garantito a ciascuno il diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi di detto insegnamento.

All'atto dell'iscrizione gli studenti o i loro genitori eserciteranno tale diritto, su richiesta dell'autorità scolastica, senza che la loro scelta possa dar luogo ad alcuna forma di discriminazione".

DICHIARAZIONE CUMULATIVA DI CERTIFICAZIONE

(AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI TITOLI PER LA FORMAZIONE DELL'EVENTUALE LISTA DI ATTESA)

I sottoscritti genitori:

<i>PADRE</i>	<i>Cognome e nome padre</i>	<i>Luogo nascita padre</i>	<i>Data nascita padre</i>
<i>MADRE</i>	<i>Cognome e nome madre</i>	<i>Luogo nascita madre</i>	<i>Data nascita madre</i>
<i>TUTORE</i>	<i>Cognome e nome tutore</i>	<i>Luogo nascita tutore</i>	<i>Data nascita tutore</i>

Consapevoli delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.26 della legge 15/1968, richiamato dall'art.6, comma 2 del D.P.R.n.403/1998.

DICHIARANO

che il proprio nucleo familiare è residente a _____;

che la famiglia ha un solo genitore

che il genitore unico lavora (**compilare autocertificazione allegata**)

Particolari necessità della famiglia documentate dai servizi sociali SI NO
e/o dall'ASL di _____ (allegare documentazione)

che il/la bambino/a per il/la quale si chiede l'iscrizione è diversamente abile (allegare documentazione)

i genitori lavorano entrambi (**compilare autocertificazione allegata**)

che il/la bambino/a per il/la quale si chiede l'iscrizione ha frequentato l'asilo nido nel Comune di _____

che il/la bambino/a per il/la quale si chiede l'iscrizione ha frequentato in precedenza una scuola dell'infanzia **statale** nel Comune di _____

che altri figli frequentano la scuola dell'Infanzia statale per la quale si richiede l'iscrizione nell'anno scolastico di riferimento;

In fede

(firma del padre)

(firma della madre)

N.B.: Barrare le caselle che interessano

MODULO PER INTOLLERANZE E/O ALLERGIE

- SINTOMATOLOGIA PRESENTATA

GASTROENTEROLOGICA SPECIFICARE.....

CUTANEA SPECIFICARE.....

RESPIRATORIA SPECIFICARE.....

ALTRO SPECIFICARE.....

ALLERGIE ALIMENTARI: (elencare alimenti da evitare)

.....
.....

ALLERGIE DA CONTATTO: (elencare prodotti da evitare)

.....
.....

A tal fine si allega Certificato Medico

ULTERIORI SEGNALAZIONI

Data _____

Firma dei genitori

Padre _____

Madre _____