SCUOLA ADERENTE ALLA FISM (Federazione Italiana Scuole Materne) – CONVENZIONATA CON IL COMUNE DI .....

DOMANDA DI ISCRIZIONE

SCUOLA DELL'INFANZIA
Via Don Mensa n. 2
10060 BURIASCO (TO)
reg. pers. giurid. 527
Cod. Fisc. 85000530015
Part. IVA 06210970015

Alla Scuola dell'Infanzia Paritaria ..... Tel.: 0121-56350.....
.....
(Denominazione – indirizzo – telefono della scuola)

Il sottoscritto ..... ☐ padre ☐ madre ☐ tutore

codice fiscale .....

nel dichiarare di accettare e collaborare alla realizzazione del progetto educativo cristiano della Scuola, come previsto dal regolamento unitario delle Scuole Materne aderenti alla FISM:

CHIEDE

l'iscrizione presso questa Scuola dell'Infanzia per l'anno scolastico .....

del__ bambin_ ..... A tal fine, consapevole delle
(cognome e nome)

responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiara che _l_

bambin_ è nat_ a ..... ( ) il .....
(Comune o Stato Estero) Prov.

Cittadinanza ..... Residente a ..... ( )
(Comune) Prov.

Via/Corso ..... N° ..... Tel. .....

codice fiscale del__ bambin_ .....

Trattasi di trasferimento da altra scuola? ☐ SÌ ☐ NO se la risposta è SÌ indicare la denominazione e l'indirizzo della scuola: .....

.....

DICHIARA

• DI NON AVER PRESENTATO DOMANDA DI ISCRIZIONE PRESSO ALTRE SCUOLE dell'INFANZIA, se SÌ indicare la denominazione e l'indirizzo delle Scuole:

1. .....
   .....
2. .....
   .....
3. .....

SITUAZIONE FAMILIARE

1. _1_ BAMBIN_ PROVIENE DAL NIDO ? ☐ NO ☐ SÌ QUALE?

.....

2. _1_ BAMBIN_ É IN SITUAZIONE DI DEFICIT? ☐ NO ☐ SÌ

Se SÌ presentare certificati di specialisti che attestino tipo e gravità del disturbo (consegnare i documenti in **busta chiusa).**

3. _1_ BAMBIN_ PRESENTA EVENTUALI SITUAZIONI SANITARIE PARTICOLARI?

☐ NO ☐ SÌ Se SÌ presentare certificato medico in **busta chiusa.**

LA FAMIGLIA É SEGUITA DAI SERVIZI SOCIALI? ☐ NO ☐ SÌ

Nominativo dell'Assistente Sociale .....

Servizio in cui opera – Indirizzo ..... Tel. .....

Firma leggibile .....

N.B.: LA QUOTA D'ISCRIZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO ...../..... É DI € 40,00

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Resa ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n° 445 del 28/12/2000

1. ATTIVITÀ LAVORATIVA

LAVORO DEL PADRE: DITTA .....

INDIRIZZO .....

TELEFONO .....

ORARIO DI LAVORO: Dalle ore ..... alle ore .....

LAVORO DELLA MADRE: DITTA .....

INDIRIZZO .....

TELEFONO .....

ORARIO DI LAVORO: Dalle ore ..... alle ore .....

ALTRI RECAPITI IN CASO DI NECESSITÀ:

- COGNOME ..... NOME .....

INDIRIZZO ..... TEL. .....

GRADO DI PARENTELA .....

- COGNOME ..... NOME .....

INDIRIZZO ..... TEL. .....

GRADO DI PARENTELA .....

2. STATO DI FAMIGLIA e RESIDENZA

_l_ SOTTOSCRITT_ (cognome e nome) .....

DICHIARA CHE LA FAMIGLIA CONVIVENTE É RESIDENTE A .....

VIA/CORSO ..... N° ..... É COSÌ COMPOSTA:

- PADRE ..... NATO IL ..... / ..... / .....

A ..... ( ) STATO CIVILE .....
(Comune o Stato Estero) Prov.

PROFESSIONE .....

- MADRE ..... NATA IL ..... / ..... / .....

A ..... ( ) STATO CIVILE .....
(Comune o Stato Estero) Prov.

PROFESSIONE .....

FIGLI: 1) Cognome e nome .....

NAT_ a ..... IL ..... / ..... / .....

2) Cognome e nome .....

NAT_ a ..... IL ..... / ..... / .....

3) Cognome e nome .....

NAT_ a ..... IL ..... / ..... / .....

4) Cognome e nome .....

NAT_ a ..... IL ..... / ..... / .....

ALTRI CONVIVENTI (indicare cognome, nome, data e luogo di nascita e il grado di parentela) .....

.....

.....

.....

.....