

Spett.le
Scuola dell'Infanzia comunale "S. Anna"
Via Monsignor Cattaneo n. 1
22071 – CADORAGO - CO

DOMANDA DI ISCRIZIONE -a.s. 2022 / 2023

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

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A

COGNOME: NOME:
CODICE FISCALE: CITTADINANZA ITALIANA: SI ☐ NO ☐
NATO A: IL:
RESIDENTE A: VIA:
ALTRO:
SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE OBBLIGATORIA: SI ☐ NO ☐

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

COGNOME: NOME:
NATO A: IL:
RESIDENTE A (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a): VIA:
CODICE FISCALE: E-MAIL:
Recapiti telefonici:

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)

COGNOME: NOME:
NATA A: IL:
RESIDENTE A (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a): VIA:
CODICE FISCALE: E-MAIL:
Recapiti telefonici:

DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE - 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"/> |
| COGNOME E NOME: | <input type="text"/> | NATO A: | <input type="text"/> | IL: | <input type="text"/> |

SERVIZIO PRE – POST SCUOLA

| | | | |
|--------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PRE-SCUOLA: | dalle ore <input type="text"/> alle ore <input type="text"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| POST-SCUOLA: | dalle ore <input type="text"/> alle ore <input type="text"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

DIETE ALIMENTARI

ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI:

(allegare certificazione medica tramite modulo ATS disponibile presso la scuola)

SI ☐

NO ☐

DIETE PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI : _____

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE:

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA FREQUENZA PRESSO ALTRI SERVIZI EDUCATIVI:

ASILO NIDO: _____

MICRO NIDO: _____

SPAZIO BAMBINO: _____

CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI AMMISSIONE

- 1) RESIDENTI NEL COMUNE (*)
- 2) BAMBINI "GRANDI" (anni 5)
- 3) BAMBINI "MEZZANI" (anni 4)
- 4) BAMBINI "PICCOLI" (anni 3)
- 5) BAMBINI CHE HANNO FRATELLI GIÀ FREQUENTANTI
- 6) DATA DI ISCRIZIONE E NUMERO PROGRESSIVO
- 7) SUPERPICCOLI RESIDENTI (**)
- 8) NON RESIDENTI
- 9) SUPERPICCOLI NON RESIDENTI

(*) (i diversamente abili hanno la priorità)

(**) Le famiglie con bambini nati entro il 30.04.2020 che compiono i tre anni entro il 30.04.2023 possono iscrivere i propri figli alle scuole dell'infanzia alle seguenti condizioni:

- a) Disponibilità di posti
- b) Accertamento dell'avvenuto esaurimento di eventuali liste di attesa;
- c) Valutazione pedagogica e didattica, da parte del collegio dei docenti, dei tempi e delle modalità dell'accoglienza.

N.B.: I bambini già frequentanti nella stessa scuola hanno priorità assoluta sui nuovi iscritti.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

IL SOTTOSCRITTO IN QUALITA' DI PADRE/TUTORE:

(nome)

(cognome)

LA SOTTOSCRITTA IN QUALITA' DI MADRE/TUTORE:

(nome)

(cognome)

- ☐ Dichiaro di dare il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate e di **accettare l'allegato "A" (informativa Codice della Privacy)** che verrà consegnato direttamente da ciascuna scuola d'infanzia al momento dell'iscrizione.
- ☐ Dichiaro di essere consapevole delle finalità educative (P.E. e P.T.O.F.) della scuola.
- ☐ Autorizzo a coinvolgere il figlio nelle azioni del servizio di psicologia scolastica come da indicazioni privacy allegata (il servizio è affidato ad Asci di Lomazzo).
- ☐ Autorizzo la partecipazione del minore alle uscite didattiche durante l'a.s. 2022-2023.
- ☐ Autorizzo la ripresa del minore (foto / riprese video) finalizzate ad attività promozionali esclusivamente per uso interno e finalità istituzionali.
- ☐ Delega al ritiro del figlio :
- ☐ NOME _____ COGNOME _____ TEL. _____ CARTA D'IDENTITA' N. _____ RILASCIATA IN DATA _____ DAL COMUNE DI _____
- ☐ Delega al ritiro del figlio: NOME _____ COGNOME _____ TEL. _____ CARTA D'IDENTITA' N. _____ RILASCIATA IN DATA _____ DAL COMUNE DI _____
- ☐ Delega al ritiro del figlio: NOME _____ COGNOME _____ TEL. _____ CARTA D'IDENTITA' N. _____ RILASCIATA IN DATA _____ DAL COMUNE DI _____
- ☐ Delega al ritiro del figlio: NOME _____ COGNOME _____ TEL. _____ CARTA D'IDENTITA' N. _____ RILASCIATA IN DATA _____ DAL COMUNE DI _____
- ☐ Di autorizzare il proprio figlio a partecipare al corso di psicomotricità.
- ☐ Di aver preso visione del vigente regolamento della scuola d'infanzia e di accettarlo contestualmente alla sottoscrizione dell'iscrizione.
- ☐ Di aver preso visione del patto di corresponsabilità.
- ☐ Che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R 445/2000.

DATA:

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI