

DOMANDA DI ISCRIZIONE A.S. 2023/2024



SCUOLA DELL'INFANZIA "MATERNA ARNABOLDI"

22060 Carimate (Co), Via Per Subinago n. 2/4
Tel./Fax 031790690 ; mail : nido.materna.arnaboldi@gmail.com
Sito :www.scuolamaternadicarimate.it
Pec mail : scuolamaternacarimate@pecmeb.it

DATA:

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione (e versano la quota di euro 80.00 non rimborsabile in caso di ritiro della domanda) presso la Vostra Scuola dell'Infanzia di:

DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO/A

COGNOME: NOME:

CITTADINANZA COD. FISC:

NATO A: PROV. IL:

RESIDENTE A: VIA:

ALTRO:

SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE OBBLIGATORIA: SI NO

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

COGNOME E NOME: COD. FISC:

NATO A: PROV. IL:

RESIDENTE A (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a): VIA:

PROFESSIONE: E-MAIL:

Recapiti telefonici:

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)

COGNOME E NOME: COD. FISC:

NATA A: PROV. IL:

RESIDENTE A (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a): VIA:

PROFESSIONE: E-MAIL:

Recapiti telefonici:

DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE - CONVIVENTI

COGNOME E NOME: NATO A: IL:

COGNOME E NOME: NATO A: IL:

COGNOME E NOME: NATO A: IL:

Che il bambino/a:	SI	NO
FREQUENTA O HA FREQUENTATO IL NIDO (nome e luogo _____)		
INTENDE USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI PRE-SCUOLA DALLE 7.30 ALLE 9.00		
INTENDE USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI DOPO-SCUOLA DALLE 15.45 ALLE 17.30		
INTENDE USUFRUIRE DEL SERVIZIO ESTIVO NEL MESE DI LUGLIO (INDICATIVAMENTE)		

DIETE ALIMENTARI

ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI:

SI NO

In caso affermativo allegare certificazione medica

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE:

Sottoscrivendo la presente i genitori dichiarano di essere consapevoli che i dati contenuti nella presente saranno utilizzati esclusivamente nell'ambito della scuola ed ai fini necessari alla gestione della medesima

Firma del Padre (o tutore legale)

Firma della Madre (o tutrice legale)

PROGETTO EDUCATIVO E PIANO DELL'OFFERTA EDUCATIVA

A seguito dell'informativa fornita dichiariamo di avere PRESO VISIONE del **Progetto Educativo, del Piano dell'Offerta Formativa** e ci impegniamo a rispettare il Regolamento ricevuto all'atto dell'iscrizione.

Firma del Padre (o tutore legale)

Firma della Madre (o tutrice legale)

CONSENSO AL TRATTAMENTO

(ex art.23 del Codice della Privacy)

A seguito dell'informativa fornita, dichiariamo di averne letto il contenuto ed esprimiamo **IL NOSTRO CONSENSO** al trattamento dei dati necessari al perseguimento delle finalità espresse, in particolare relativamente ai punti:

	SI	NO
FOTOGRAFIE PER USO FAMILIARE O DA TENERE A SCUOLA		
RIPRESE VIDEO PER USO FAMILIARE O DA TENERE A SCUOLA		
USCITE DIDATTICHE (con o senza pulmino)		
DIVULGAZIONE NUMERI DI TELEFONO per promuovere l'incontro e la socializzazione dei bambini dopo l'orario scolastico		

Firma del Padre (o tutore legale)

Firma della Madre (o tutrice legale)

COMUNICAZIONI SCUOLA /FAMIGLIA

Il/la sottoscritto/a.....

Genitore del bambino/a

desidero ricevere gli avvisi e le comunicazioni della scuola dell'infanzia" Materna Arnaboldi" (compilare entrambi i campi)

via MAIL all'indirizzo.....

via whatsapp al numero

PER TUTTI I BAMBINI CHE SI ISCRIVONO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA" MATERNA ARNABOLDI" PER LA PRIMA VOLTA ALLEGARE ALLA DOMANDA I SEGUENTI DOCUMENTI

- Adempimenti vaccinali :Con la legge del 31 luglio 2017 n.119 è necessario presentare alternativamente all'atto dell'iscrizione la seguente documentazione:
 - Libretto vaccinale comprovante le avvenute vaccinazioni o certificazione vaccinale
 - Copia della richiesta o prenotazione dell'appuntamento fissato presso ASL al fine di somministrare i vaccini obbligatori previsti.
 - Idonea documentazione comprovante l'esonero per intervenuta immunizzazione per malattia naturale
 - Idonea documentazione comprovante l'omissione o il differimento della somministrazione del vaccino.