

*Asilo Infantile Petitti*

*Via Caffaro n° 12*

*10017 MONTANARO TO*

Tel. e fax: 0119192810

Cod. Fisc.: 82500850019

Partita IVA 02784850014

IBAN: IT54X0200830640000104564739

amministrazione.asilopetitti@gmail.com

www.asiloinfantilepetitti.it

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

### "ASILO INFANTILE PETITTI"

#### SEZIONE PRIMAVERA

Il sottoscritto/la sottoscritta ..... [ ] madre [ ] padre

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 (*Federazione Italiana Scuole Materne*):

#### **CHIEDE**

l'iscrizione presso questa Scuola dell'Infanzia Sezione Primavera per

**l'anno scolastico** ..... / .....

del / della bambino/a (cognome e nome), .....

A tal fine, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiara che:

Il/la bambino/a è nato/a a (Comune o Stato Estero) .....

(Provincia ..... ) il ..... Cittadinanza .....

Residente a ..... (Provincia ..... )

Via/Corso ..... N° ..... Tel. ....

Codice Fiscale del/della bambino/a .....

Trattasi di trasferimento dall'altra Scuola?

SI [ ] NO [ ]

se SI indicare la denominazione e l'indirizzo della Scuola .....

.....

### DICHIARA

- CHE il/la bambino/a di cui chiede l'iscrizione è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie
- di NON avere presentato domanda di iscrizione presso altre Scuole dell'Infanzia, se SI indicare la denominazione e l'indirizzo delle scuole:

.....

1. Il/la bambino/a proviene dal Nido? [ ] SI [ ] NO

quale .....

2. Il/la bambino/a è in situazione di deficit? [ ] SI [ ] NO

se SI presentare certificati di specialisti che attestino tipo e gravità del disturbo  
(consegnare i documenti in busta chiusa)

3. Il/la bambino/a presenta eventuali situazioni sanitarie particolari? [ ] SI [ ] NO

se SI presentare certificato medico (consegnare in busta chiusa)

4. La famiglia è seguita dai Servizi Sociali [ ] SI [ ] NO

se SI indicare il nominativo dell'Assistente Sociale .....

Servizio in cui opera - Indirizzo ..... Tel. ....

MADRE ..... nata il .....

a ..... (Prov. ....)

residente a ..... (Prov. ....)

via ..... N° .....

Tel. .... Indirizzo MAIL .....

**PADRE** ..... nato il .....  
a ..... (Prov. .... )  
residente a ..... (Prov. .... )  
via ..... N° .....  
Tel. .... Indirizzo MAIL .....

### ALTRI RECAPITI

- Cognome ..... Nome .....  
Tel. .... Grado di Parentela .....
- Cognome ..... Nome .....  
Tel. .... Grado di Parentela .....
- Cognome ..... Nome .....  
Tel. .... Grado di Parentela .....
- Cognome ..... Nome .....  
Tel. .... Grado di Parentela .....

... I ... sottoscritt ... consapevole della propria responsabilità, ai sensi dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28/12/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto indicato nella presente domanda corrisponde al vero e si impegna a comunicare eventuali variazioni.

*La quota di iscrizione è pari a € 50,00.*

Data .....

Firme .....

.....