**DOMANDA DI ISCRIZIONE Scuola dell’Infanzia**

Al Dirigente Scolastico del

ISTITUTO COMPRENSIVO ”R.FRANCESCHI” – Via Concordia 2/4

20090 – Trezzano s/n (MI) – Tel.02/48402046 fax 02/48490197– Email:didattica.alunni@icfranceschi.edu.it

 \_l\_sottoscritto/a……………………………………………………………………………..



 In qualita' di  Genitore  Affidatario  Tutore

 dell’alunno/a

**chiede**

 l’iscrizione alla scuola dell’infanzia del plesso di Via  Via Giacosa per l’**a.s. 2021/22**

  Via Rimembranze

  Via A.Caro (Boschetto)

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell’attività amministrativa e consapevole

delle responsabilità cui va incontro in casi di dichiarazione non corrispondente al vero, che

l’alunn\_ C.F\*

Cognome e nome Codice fiscale

 è nat\_ a \_\_\_(Prov. \_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

è cittadino italiano altro (indicare la cittadinanza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_M F

se straniero indicare la data di arrivo in Italia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

è residente a (Prov.\_\_\_) in Via/P.zza n°

telefono

che la propria famiglia convivente è composta da:

\*COGNOME E NOME \*LUOGO E DATA DI NASCITA \*PARENTELA

 Padre

 Madre

 Fratello/Sorella

 Fratello/Sorella

 Fratello/Sorella

(\*) Campo obbligatorio

 E’ stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie SI NO





**Al fine di regolamentare l’iscrizione si dovrà CONSEGNARE in segreteria la fotocopia del certificato di vaccinazione o del tesserino vidimato ASST**.

Ha frequentato l’asilo Nido  SI  NO

Proviene dalla scuola/ Nido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ove ha frequentato la sez.\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tempo scuola**

Gli orari sono indicati nel P.O.F (Piano dell’Offerta Formativa)

  **40 ORE**  (8,15 – 16,15)  **42,45 ORE** (8,15 – 17,00)

 Dalle 16,15 alle 17,00 post scuola solo per i genitori lavoratori entrambi

  **25 ORE**  (8,15 – 13,15) Solo antimeridiane  **50 ORE** (8,15 – 18,15)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per fini istituzionali propri della P.A (Legge 31.12.1996, n .675 “ Tutela della privacy” art. 27).

 data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma per autocertificazione (L.15/689

**SCHEDA DELL’ALUNNO/A**

**(Scuola dell’Infanzia) Plesso**

Cognome e nome

Nato/a a Prov. il

**Padre:** Signor

Nato a Prov. il

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Madre:** Signora

Nata a Prov. il

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° telefono di casa

Cell. Madre n° tel. lavoro madre

Cell. Padre n° tel. lavoro padre

N° telefono di un parente o persona di fiducia

Data

 -------------------------------------------------

 firma del genitore o di chi ne fa le veci

**IL SOTTOSCRITTO GENITORE CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DEI SEGUENTI SERVIZI:**

* **PRE-SCUOLA (7.30/8.15) COMUNALE A PAGAMENTO**

** Via Rimembranze**

** Via Giacosa c/o la scuola Primaria Giacosa**

** Via A. Caro (Boschetto)**

* **POST-SCUOLA STATALE (16.15/17.00)**

** Via Rimembranze**

** Via Giacosa**

** Via A. Caro (Boschetto)**

* **POST-SCUOLA COMUNALE (17.00/18.00) A PAGAMENTO**

** Via Rimembranze**

** Via Giacosa c/o la scuola Primaria Giacosa**

** Via A. Caro (Boschetto)**

***Si ricorda che, ad esclusione del post-scuola statale, detti servizi sono a pagamento e occorre formalizzare la richiesta c/o l’Ufficio Pubblica Istruzione del Comune di Trezzano Sul Naviglio Via Manzoni – Tel. 02/48418298***

**COGNOME E NOME ALUNNO/A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **RELIGIONE**

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 dell’autorità scolastica in ordine all’esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell’insegnamento della religione cattolica per 1 ora e 30 settimanale

Scelta di avvalersi dell’insegnamento della religione cattolica 

Scelta di **non** avvalersi dell’insegnamento della religione cattolica 

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firma del genitore o chi ne fa le veci

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**(Sezione da consegnare alle insegnanti**

**SCHEDA DELL’ALUNNO/A**

**(Scuola dell’Infanzia) Plesso**

Cognome e nome

Nato/a a Prov. il

**Padre:** Signor

Cell. Padre n° tel. lavoro padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Madre:** Signora

Cell. Madre n° tel. lavoro madre

 Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza :

Telefono di casa

 Telefono di un parente o persona di fiducia

Scelta di avvalersi dell’insegnamento della religione cattolica 

Scelta di **non** avvalersi dell’insegnamento della religione cattolica 

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma del genitore o di chi ne fa l

**AUTORIZZAZIONE A FOTOGRAFIE E/O RIPRESE** Avendo ricevuto l’informativa, il sottoscritto AUTORIZZA il proprio figlio, per l’intero ciclo scolastico, ad essere fotografato/ripreso nell’ambito delle attività scolastiche con finalità di documentazione didattica:

□ SI □ NO

**AUTORIZZAZIONE PUBBLICAZIONE FOTOGRAFIE E/O RIPRESE** Avendo ricevuto l’informativa, il sottoscritto AUTORIZZA, per l’intero ciclo scolastico la pubblicazione, su siti WEB o in giornali o resi pubblici, delle foto/riprese effettuate nell’ambito delle attività scolastiche con finalità di documentazione

didattica:

□ SI □ NO .

**AUTORIZZAZIONE VISITE GUIDATE** Il sottoscritto AUTORIZZA il proprio figlio a partecipare alle visite guidate programmate nel territorio in orario scolastico accompagnato dagli insegnanti di sezione:

SI □ NO

NOTE:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 firma del genitore o chi ne fa le veci

 ………………………………………………..

Il modello per l’iscrizione e i relativi allegati sono disponibili anche sul sito della scuola

**www.icfranceschi.edu.it**