

# SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA “S. GIOVANNI BOSCO”

Via Regina Margherita, 8 – Mogliano (MC)  
Tel. 0733/556225 - 557540  
e-mail: sgbosco.momc@libero.it



## Offerta Formativa Piano informativo

Alunno/a \_\_\_\_\_

Anno Scolastico 2015/2016

# DOMANDA DI ISCRIZIONE

## Al Coordinatore Didattico

SCUOLA DELL'INFANZIA " S. GIOVANNI BOSCO"

Paritaria D.D. n. 5537/B13/a - 17 luglio 2001

V. Regina Margherita, 8 - 62010 Mogliano (MC)

I sottoscritt\_ (Cognome e Nome)

padre  madre  tutore

dell'alunn\_ (Cognome e nome)

## CHIEDE

l'iscrizione dell\_\_ stess \_\_ alla Sezione \_\_\_\_\_ di codesto Istituto per l'anno scolastico **2015-2016**

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che

l'alunn\_ \_\_\_\_\_ Cognome e nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

- è nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- è cittadino  italiano  altro (indicare quale) \_\_\_\_\_

- è residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
telefono. \_\_\_\_\_

- proviene dalla Scuola\_\_\_\_\_ dove ha frequentato il 1° 2° anno

- che la propria famiglia convivente è composta da (comunicazione importante per gli Organi Collegiali):

Rapporto di Parentela	Cognome (di nascita) e nome	Luogo di nascita	Data di nascita
<b>Padre</b>			
<b>Madre</b>			
<b>Tutore legale</b>			

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie  si  no

- in riferimento al D.P.R. 355/1999 dichiara che la struttura della A.S.L. competente ad emettere la certificazione è la n\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

- il reddito imponibile (rilevabile dall'ultima dichiarazione dei redditi) del nucleo familiare è di €\_\_\_\_\_  
*(Dichiarazione da rilasciare solo ove ricorrano le condizioni per usufruire dell'esonero delle tasse scolastiche o di altre agevolazioni previste).*

Data \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione (Leggi 15/98 127/97 191/98) da sottoscrivere  
al momento della presentazione della domanda all'impiegato della Scuola.

Autorizza, in base alla lette 675 del 31/12/1996 sul trattamento dei dati personali, a trattare i dati riportati nel presente modulo per gli adempimenti degli obblighi di legge, nonché per i fini propri dell'attività svolta nell'ambito della gestione amministrativa, finanziaria. I dati potranno essere trattati anche per lo svolgimento di ricerche e statistiche promosse da altri Enti Pubblici coinvolti nella gestione dell'attività formativa, sia mediante elaborazione elettronica sia con modalità manuali e su supporto cartaceo. Per le stesse finalità individuate in relazione al trattamento, i dati potranno essere comunicati: al personale interno, a soggetti esterni in adempimento agli obblighi di legge. Il/la sottoscritto/a è stato/a informato/a che i dati saranno custoditi e trattati con sistemi atti a garantire la loro riservatezza e le loro sicurezza.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## **Organizzazione Offerta Formativa (curricolo)**

**1. Orario scolastico**  
dal Lunedì al Venerdì

<b>Fascia</b>	<b>Orario</b>	<b>Descrizione</b>
Antimeridiana	7.30- <b>12.00</b> (prima uscita)	orario normale
Intera	7.30- <b>16.00</b> (seconda uscita)	orario intero

**Preferenze:**  
(barrare le caselle corrispondenti alla scelta)

<b>Fascia</b>	<b>Orario</b>
Antimeridiana	<input type="checkbox"/> 7.30-12.00 (prima uscita) <input type="checkbox"/> 7.30-13.30 (dopo il pranzo)
Intera	<input type="checkbox"/> 7.30-16.00 (seconda uscita)
Altro	

**2. Integrazione Offerta Formativa**

EDUCAZIONE RELIGIOSA
PROGETTO CONTINUITÀ
LABORATORIO DI INFORMATICA
LABORATORIO DI LINGUA INGLESE
LABORATORIO LETTURA
LABORATORIO DI PSICO-MOTRICITÀ con insegnante specialista
PROGETTO SICUREZZA
LABORATORIO TEATRO
LABORATORIO ARTE
PROGETTO ACCOGLIENZA

**Altre Informazioni utili:**

Sì      No

a. esonero attività motorie (se Sì, allegare il certificato medico)		
b. fotocopia certificato vaccinazioni		
c. autorizzazione a: visite brevi (guidate)		
d. adulti autorizzati a prelevare i bambini, oltre ai genitori: (scrivere nomi)		

## Note organizzative

Recapiti telefonici	Telefono	Cellulare

### Preferenze

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta)

1. pranzo:	tutti i giorni qualche volta	
2. allergie alimentari (se Sì, specificare quali)		

### Eventuali richieste aggiuntive

### Fratelli/Sorelle

COGNOME/NOME	LUOGO/DATA DI NASCITA

### Consenso per riprese e foto

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_