

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)

☐ _l_ 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_ | Coanome 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 |
|-----------------------|-----------------------------|------------------|-----------------|
| Padre | | | |
| Madre | | | |
| Tutore legale | | | |

- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie ☐ sì ☐ 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 legge 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

| Fascia | Orario | Descrizione |
|---------------|-----------------------------|--------------------|
| Antimeridiana | 7.30-12.00 (prima uscita) | orario normale |
| Intera | 7.30-16.00 (seconda uscita) | orario intero |

Preferenze:

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta)

| Fascia | Orario |
|---------------|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| | qualche volta | <input type="checkbox"/> |
| 2. allergie alimentari (se Sì, specificare quali) | | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| <hr/> | | |

Eventuali richieste aggiuntive

Fratelli/Sorelle

| COGNOME/NOME | LUOGO/DATA DI NASCITA |
|--------------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Consenso per riprese e foto

Data _____ Firma _____

Data _____ Firma _____