



Casa dei bambini - Scuola dell'Infanzia

Don C. Piccinelli

Via Don C. Piccinelli, 14

25030 - Orzivecchi - (BS)

Decreto parità: 488/2262 del 28/02/2001

DOMANDA D' ISCRIZIONE

(avviene ai sensi del DPR 445/00- da sottoscrivere al momento della presentazione alla scuola)

Anno scolastico _____

FOTO
(solo nuovi iscritti)

Dati anagrafici del/la bambino/a

Cognome _____ nome _____

Nato/a a _____ prov.(_____) in data _____

Cittadinanza _____ C.F.: _____

Religione _____

Residente a _____ prov.(____) cap. _____ Via _____
(Segnalare ogni eventuale variazione presso la segreteria)

Domicilio (solo se diverso) _____

Eventuale Scuola frequentata precedentemente _____

Dati anagrafici dei famigliari

PADRE o COLUI CHE NE ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE

Cognome _____ nome _____

Nato a _____ prov.(____) in data _____

(°)Professione _____ lavoro dipendente () – lavoro autonomo ()

MADRE O COLEI CHE NE ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE

Cognome _____ nome _____

Nato a _____ prov.(____) in data _____

(°)Professione _____ lavoro dipendente () – lavoro autonomo ()

I genitori sono entrambi presenti all'interno del nucleo familiare : SI NO

Se NO Specificare : _____

(allegare eventuali documenti specifici : certificati pratiche d'affido – documenti forniti dal tribunale dei minori ecc.)

(°) facoltativo

P.SVA: 00726250988 - C.F.:86000810175 - Tel.: 0309175269

mail: segreteria@casadeibambiniorzivecchi.it - pec: scm.orzivecchi@coopmaternebs.postecert.it



Casa dei bambini - Scuola dell'Infanzia

Don G. Piccinelli

Via Don G. Piccinelli, 14

25030 - Orzivecchi - (BS)

Decreto parità: 488/2262 del 28/02/2001

(°)ALTRI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARI (fratelli, sorelle, altri..)
(iscritti nello stato di famiglia)

Cognome _____ nome _____

Nato a _____ prov.(____) in data _____

Tipo Rapporto di parentela _____

Cognome _____ nome _____

Nato a _____ prov.(____) in data _____

Tipo Rapporto di parentela _____

Cognome _____ nome _____

Nato a _____ prov.(____) in data _____

Tipo Rapporto di parentela _____

II/I sottoscritto/i in qualità di genitore/i o chi ne esercita la potestà genitoriale:

(le cui generalità sono state indicate in precedenza)

SEGNALA/NO CHE:

a - Il/la bambino/a per il/la quale si chiede l'iscrizione ha i seguenti problemi di salute(dei quali si allega certificazione medica)

b - Il/la bambino/a per il quale si chiede l'iscrizione ha una disabilità SI NO

Si allegano tutti i documenti che la specificano (*) o se in fase provvisoria la certificazione di presa in carico del Servizio di neuropsichiatria infantile di _____

(*)(certificazione ASL comprensiva della diagnosi funzionale – il profilo di funzionamento trasmesso alla scuola dalla famiglia subito dopo la sua predisposizione)

CHIEDE/ONO:

l'accoglimento della domanda accettando le regole delle quali è/sono a conoscenza con l'impegno di rispettarle e collaborare all'attuazione della proposta educativa della Scuola..

CHIEDE/ONO:

che venga somministrata la seguente dieta particolare _____

per i seguenti motivi: _____

P.F.V.P. 00726250988 - C.F.:86000810175 - Tel.: 0309175269

mail: segreteria@casadeibambiniorzivecchi.it - pec: com.orzivecchi@coopmaternebo.postecert.it



Casa dei bambini - Scuola dell'Infanzia

Don G. Piccinelli

Via Don G. Piccinelli, 14

25030 - Orzivecchi - (BS)

Decreto parità: 488/2262 del 28/02/2001

Esclusivo per il NIDO (la scelta per il part-time/ full-time):

- Nostro/a figlio/a frequenterà il Part-time (fino alle 13,00)
- Nostro/a figlio/a frequenterà il Full-time

E'/SONO A CONOSCENZA che:

- L'insegnamento della religione cattolica, svolto secondo la normativa vigente e nel rispetto delle diverse culture, è parte integrante del progetto educativo della nostra Scuola paritaria cattolica di ispirazione cristiana
- I dirigenti scolastici, secondo la normativa in materia vaccinale, sono tenuti ad inviare alle aziende sanitarie locali territorialmente competenti, l'elenco degli iscritti

Sono accettate con riserva le domande di iscrizione:

- dei bambini appartenenti a famiglie che risultassero dover saldare il pagamento della retta di frequenza dell'anno precedente.

1) Che il pagamento della retta relativa all'anno 2024 e 2025 sarà sostenuto da:

(scegliere l'opzione che rispecchia i dati che verranno inseriti nella dichiarazione dei redditi)

- Interamente da _____ (nome e cognome)
- Condiviso al 50%

Oppure:

- 2024** Da Cognome e nome _____

per i mesi:

Genn. ___ Febr ___ Mar ___ Apr ___ Magg ___ Giu ___ Set ___ Ott ___ Nov ___ Dic ___

- 2025** Da Cognome e nome _____

per i mesi

Genn. ___ Febr ___ Mar ___ Apr ___ Magg ___ Giu ___ Set ___ Ott ___ Nov ___ Dic ___

Data _____ (*)Firma _____ (*) Firma _____
(padre) (madre)

P.IVA: 00726250988 - C.F.:86000810175 - Tel.: 0309175269

mail: segreteria@casadeibambiniorzivecchi.it - pec: scm.orzivecchi@coopmaternebs.postecert.it