Casa dei bambini – Scuola dell'Infanzia
Don A. Piccinelli
Via Don A. 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 _____

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

Casa dei bambini – Scuola dell'Infanzia
Don A. Piccinelli
Via Don A. Piccinelli, 14
25030 –Orzivecchi– (BS)
Decreto parità: 488/2262 del 28/02/2001

(°)ALTRI COMPONENTI NUCLEO FAMIGLIARI (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_____

Il/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:_____

Casa dei bambini – Scuola dell'Infanzia
Don A. Piccinelli
Via Don A. Piccinelli, 14
25030 –Orzivecchi– (BS)
Decreto parità: 488/2262 del 28/02/2001

☐ **Nostro/a figlio/a frequenterà il Part-time**

☐ **Nostro/a figlio/a frequenterà il Full-time**

Note_____

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.

DICHIARA/NO

1) **Che il pagamento della retta relativa all'anno 2026 sarà sostenuto da:**
(scegliere l'opzione che rispecchia i dati inseriti nella domanda per il Bonus INPS)

☐ Interamente da _____(nome e cognome)

☐ Condiviso al 50%

2) **Che il pagamento della retta relativa all'anno 2027 sarà sostenuto da:**
(scegliere l'opzione che rispecchia i dati inseriti nella domanda per il Bonus INPS)

☐ Interamente da _____(nome e cognome)

☐ Condiviso al 50%

Data_____ **(*)Firma**_____**(*) Firma** _____
(padre) (madre)

P.IVA: 00726250988 – C.F.:86000810175 - Tel.: 0309175269
mail: segreteria@casadeibambiniorzivecchi.it - pec: scm.orzivecchi@coopmaternebs.postecert.it

Casa dei bambini – Scuola dell'Infanzia
Don A. Piccinelli
Via Don A. Piccinelli, 14
25030 –Orzivecchi– (BS)
Decreto parità: 488/2262 del 28/02/2001

LIBERATORIA (uscite e deleghe)

Il/I sottoscritto/i in qualità di genitore/i o chi ne esercita la potestà genitoriale:
(le cui generalità sono state indicate in precedenza)

☐ **AUTORIZZA/NO**: ☐ **NON AUTORIZZA/NO**:

il/la figlio/a a partecipare alle visite guidate sul territorio comunale che saranno organizzate in relazione alle attività didattiche programmate. Le visite si svolgono nel rispetto del regolamento d'istituto e sono regolarmente coperte da polizze assicurative. Ogni qualvolta sarà dato preventivo avviso e sarà possibile comunicare la modifica della propria scelta.

(*)Firma_____ (*)Firma_____
(padre) (madre)

DELEGANO

Le persone sotto elencate al ritiro del/la figlio/a dall'Istituto
(sapendo che dovranno essere tassativamente maggiorenni le persone delegate per le uscite nell'orario intermedio).

Nome e Cognome	**rapporto di parentela**

Con la presente dichiarazione solleviamo la scuola da ogni responsabilità civile o penale per eventuali incidenti.
Il presente elenco potrà essere aggiornato, per iscritto, ogni volta ci fossero delle modifiche e sarà valido per tutto il periodo di frequenza

(*)Firma_____ (*)Firma_____
(padre) (madre)

(*) secondo quanto previsto dal Codice Civile, la domanda d'iscrizione deve essere condivisa dai genitori; qualora sia firmata da un solo genitore si intende una scelta condivisa