MODULO DI ISCRIZIONE

ALLA SCUOLA INFANZIA “ SANTA MARIA DEL FIORE “ PER L’A.S. 2021/2022

SCUOLA INFANZIA (3-6 anni) PRIMAVERA” (2-3 anni)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PART-TIME FULL TIME POST ORARIO  **Bimbo/a** | | | | | | | | | |
| Cognome : |  | |  | Nome : |  | | | | |
| Comune di nascita :  (Stato se nato all'estero) |  | |  | Prov. : |  | Sesso : | F | M | |
| Data nascita : |  | |  | Codice Fiscale : |  | | | | |
| Cittadinanza : | I |  |  | Seconda Cittadinanza : |  | | | | I |
| Residenza : |  | |  | Prov. : |  | C.A.P. : |  | | |
| Indirizzo : |  | | | | | | | | |
| Domicilio :  (se diverso da residenza) |  | | | | | | | | |

Telefoni

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Casa | Madre  Personale Lavoro | | Padre  Personale Lavoro | | Nonni, altro |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | e-mail |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Situazione sanitaria: | | | | | | | |
| Vaccinata/o | Sì | No | In attesa | | | Eventuale Codice sanitario Disabile : |  |
| Eventuali Patologie e Allergie : | | | |  | | | |
| Allergie alimentari certificate : | | | |  | | | |
| Patologie ed altre allergie non alimentari: | | | |  | | | |
| Nessuna patologia dichiarata | | | |  | | | |
| Dati bancari: nominativo di colui che paga le rette a cui verrà intestata la ricevuta per eventuale richiesta bonus nido o dichiarazione dei redditi | | | | | | | |
| Nominativo: | | | | | Codice IBAN: | | |
| Banca : | | | | | Filiale : | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Padre** | Delega al ritiro : | | | | | SÌ | | NO | |  | | |
| Cognome : |  | |  | Nome : | |  | | | | | | |
| Comune di nascita :  (Stato se nato all'estero) |  | |  | Prov. : | |  | | | | | | |
| Data nascita : |  | |  | Codice Fiscale : | |  | | | | | | |
| Cittadinanza : | I |  |  | Seconda Cittadinanza : | |  | | | | | | I |
| Residenza : |  | |  | Prov. : | |  | | | C.A.P. : | |  | |
| Indirizzo : |  | | | | | | | | | | | |
| Domicilio :  (se diverso da residenza) |  | | | | | | | | | | | |
| Professione : |  | |  | | titolo di studio :  (facoltativo) | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Madre** | Delega al ritiro : | | | | | SÌ | | NO | |  | | |
| Cognome : |  | |  | Nome : | |  | | | | | | |
| Comune di nascita :  (Stato se nato all'estero) |  | |  | Prov. : | |  | | | | | | |
| Data nascita : |  | |  | Codice Fiscale : | |  | | | | | | |
| Cittadinanza : | I |  |  | Seconda Cittadinanza : | |  | | | | | | I |
| Residenza : |  | |  | Prov. : | |  | | | C.A.P. : | |  | |
| Indirizzo : |  | | | | | | | | | | | |
| Domicilio :  (se diverso da residenza) |  | | | | | | | | | | | |
| Professione : |  | |  | | titolo di studio :  (facoltativo) | |  | | | | | |

Delegati al ritiro:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Parentela/Descrizione | documento |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| data |  |  | |
| Firma di entrambi i genitori |  |  |  |
| (madre) |  | (padre) |

ELENCO DEI DOCUMENTI NECESSARI.

* Copia fotostatica del codice fiscale di tutta la famiglia
* Calcolo ISEE di riferimento (per la sezione Primavera)
* Copia fotostatica del libretto delle vaccinazioni del bimbo/a o certificato vaccinale
* Autocertificazione dello stato di famiglia e residenza
* Modulo qui allegato compilato in ogni sua parte e debitamente firmato.