



Scuola dell'Infanzia A. e C. Catelli

Via Umberto I°, 66

22075 Lurate Caccivio (Como)

Tel: 031 490088

P.I. 00649950136

e-mail: info@scuolacatellilurate.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO SCOLASTICO 2025/2026 SEZIONE PRIMAVERA

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla Sezione Primavera per:

DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO/A

Cognome _____

Nome _____

Cod. Fisc. _____

Cittadinanza _____

Nato/a a _____

Il _____

Residente a: _____

Via _____

Dichiariamo che il/la bambino/a è in regola con gli obblighi vaccinali di cui alla legge n. 119/2017

Dichiariamo che almeno un/una nonno/a del bambino/a è residente nel Comune di Lurate Caccivio

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

Cognome _____

Nome _____

Cod. Fisc. _____

Cittadinanza _____

Nato/a a _____

Il _____

Residente a: _____
(indicare se diversa da quella dell'alunno)

Via _____

Telefono: _____

e-mail _____

Altri recapiti telefonici _____

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)

Cognome _____ Nome _____
Cod. Fisc. _____ Cittadinanza _____
Nato/a a _____ Il _____
Residente a: _____ Via _____
(indicare se diversa da quella dell'alunno)
Telefono: _____ e-mail _____
Altri recapiti telefonici _____

DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE – CONVIVENTI

COGNOME E NOME _____ NATO A: _____ IL: _____
COGNOME E NOME _____ NATO A: _____ IL: _____
COGNOME E NOME _____ NATO A: _____ IL: _____
COGNOME E NOME _____ NATO A: _____ IL: _____
COGNOME E NOME _____ NATO A: _____ IL: _____

DIETE ALIMENTARI E SALUTE

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI (presentare certificato medico e richiedere modulo da compilare in segreteria)

DIETA PER MOTIVI RELIGIOSI/ETICI (richiedere modulo da compilare in segreteria)

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE _____

È seguito/a dal Pediatra/Medico di famiglia di libera scelta Dott. _____

SCELTA FREQUENZA

PART-TIME (dalle ore 8.45 alle ore 13.15)
FULL-TIME (dalle ore 8.45 alle ore 15.30)

Eventuali modifiche saranno fattibili esclusivamente nel mese di dicembre con decorrenza gennaio.

ADESIONE AI SERVIZI EXTRA (valida per l'intero anno scolastico)

RICHIESTA SERVIZIO PRE SCUOLA (7.30-8.45)

RICHIESTA SERVIZIO POST SCUOLA (15.30-18.00)

L'adesione ai servizi extra (pre e post scuola) è da intendersi con validità annuale e la quota relativa vi verrà richiesta in due rate di pari importo unitamente alle rette di frequenza dei mesi di settembre e gennaio.

INTENDE USUFRUIRE DEL SERVIZIO ESTIVO NEL MESE DI LUGLIO SI NO
(manifestazione di interesse non vincolante)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Noi sottoscritti _____

in qualità di padre/madre/tutore: _____

- Dichiariamo di essere in possesso, aver preso visione e di accettare il regolamento interno della scuola;
- Autorizziamo la partecipazione del minore alle uscite didattiche sul territorio comunale;
- Autorizziamo la ripresa del minore (foto/ripresе video) destinata alla documentazione delle attività didattiche e/o attività promozionali per finalità istituzionali e alla pubblicazione di foto e video sull'APP (ad uso esclusivo delle famiglie iscritte e del personale scolastico);
- Dichiariamo di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 e dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate;
- Che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46-47-75-76 del DPR 445/2000;
- Autorizziamo le persone sotto elencate al ritiro, al termine dell'orario scolastico, del bambino: Il presente elenco potrà essere aggiornato solo mediante comunicazione scritta:

Cognome e Nome	N. carta d'identità	Rapporto di affinità o parentela

Si allegano alla presente:

- Certificato vaccinale aggiornato
- Modulo mandato SDD

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI: _____

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI: _____