

SCUOLA dell'INFANZIA PARITARIA A.R. MARZORATI

Via Corte Caspani, 1
GALGIANA di CASATENNOVO (LC)

Tel. 039 9203915 Cell. 340 9733657
amministrazione@maternamarzorati.org

DOMANDA DI ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA A. R. MARZORATI

_ l _ sottoscritt_ _____	<input type="checkbox"/> padre	<input type="checkbox"/> madre	<input type="checkbox"/> tutore
	Cognome e nome		
dell'alunn_ _____	Cognome e nome		
	CHIEDE		
l'iscrizione della stessa alla Scuola dell'Infanzia Marzorati per l'a.s. 20__/_			

chiede altresì di avvalersi:

- dell'anticipo (per i bambini che compiono i 3 anni entro il 30 aprile) subordinatamente alla disponibilità di posti e alla precedenza dei nati entro il 31 dicembre.

Si dichiara che _ l _ bambino/a nell'anno scolastico precedente ha frequentato

- l'Asilo Nido _____
 la Scuola dell'Infanzia _____
 nessuna scuola

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_ _____ M F

Cognome e nome

CODICE FISCALE

- è nato a _____ (Prov. _____) il

- è cittadino italiano altro (indicare quale)

Altri figli iscritti in questo Istituto: SI NO

In caso di risposta affermativa,

indicare il cognome e nome dell'alunno:

- E' stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie SI NO presso A.S.L. di _____

- E' allergico a _____

- E' intollerante a _____

Data _____

Firma di autocertificazione (Leggi 15/68,127/97,131/98,DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola

Padre _____

Madre _____

Tutore _____

ALLEGATI:

- N. 1 foto PER I BAMBINI ISCRITTI PER LA PRIMA VOLTA ALLA NOSTRA SCUOLA (indicando sul retro cognome e nome)
- copia TESSERINO SANITARIO

PER EVENTUALI COMUNICAZIONI INDICARE I CANALI PREFERENZIALI

E-MAIL (canale preferito)	
FAX	
SMS	

