

**Scuola dell'Infanzia Paritaria "IL RAGGIO DI SOLE"**  
**Via Santa Caterina da Siena,34 A,B,C,D,**  
**22066 – Mariano Comense (Co)**  
**tel. e fax 031-750806**  
**P.IVA e Cod. Fisc. 02440980130**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**ANNO SCOLASTICO 2015/2016**

Il/la sottoscritto/a:

**PADRE**

Cognome ..... Nome .....

Nato a..... il .....

Residente in.....Prov.....CAP.....Via .....n°.....

Professione.....titolo di studio.....

Recapito telefonico casa.....cell.....uff.....

E-mail.....Codice Fiscale.....

**MADRE**

Cognome ..... Nome .....

Nato a..... il .....

Residente in.....Prov.....CAP.....Via .....n°.....

Professione.....titolo di studio.....

Recapito telefonico casa.....cell.....uff.....

E-mail.....Codice Fiscale.....

**CHIEDONO**

L'**iscrizione** del/la proprio/a figlio/a .....

nato/a..... il.....Nazionalità.....

alla Scuola dell'Infanzia "**IL RAGGIO DI SOLE**" per l'anno scolastico **2015/2016**.

**DICHIARANO AI SENSI DELLE LEGGI n. 15/98, 127/97 e 131/98 (autocertificazione).**

**A)** Di essere a conoscenza del *Piano dell'Offerta Formativa e del Progetto Educativo* della Scuola, inoltre, si impegnano a rispettare il *Regolamento Interno*, gli orari e le tariffe vigenti di cui alla nota informativa;

- di voler usufruire dell'orario normale: 8.30-15.45
- di voler usufruire dell'orario ridotto: 8.30.13.00/13.30
- di voler usufruire del servizio pre-scuola: 7.30-8.30
- di voler usufruire del servizio dopo scuola: 15.30-17.30
- di voler usufruire dell'uscita extra: 17.30-18.30

Informazioni utili per la frequenza :

Il bambino /a ha frequentato il nido?.....quale?.....

Proviene da un'altra Scuola dell'Infanzia? .....quale?.....

Il bambino /a è affetto da eventuali allergie o intolleranze alimentari ?.....

Se sì quali?.....

Si richiede la dieta speciale per motivi etici, religiosi o simili, secondo quanto previsto dal "Protocollo Operativo per Diete Speciali" dall'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Como?

Se sì per quale motivazione.....

Il bambino /a è affetto da eventuali allergie o intolleranze ai medicinali? .....

Se sì quali?.....

Il bambino/a necessita di medicinali salvavita o terapie particolari?.....

Se sì quali?.....

I sottoscritti si impegnano a comunicare alla Direzione ogni eventuale variazione dello stato di famiglia , cambio di indirizzo e recapiti telefonici.

**B)** che i dati personali del nucleo familiare e del bambino/a, sopra esposto, corrispondono a verità;

**C)** che il proprio bambino/a è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie  **si**  **no**; e, nel mese di giugno consegneranno il certificato delle vaccinazioni effettuate o la copia fotostatica del libretto delle vaccinazioni (solo per i bambini che si iscrivono per la prima volta alla Scuola dell'Infanzia).

Mariano Comense il .....

Firma del Padre.....

Firma della Madre.....

\*\*\*\*\*

Ai sensi del D.Leg. n.196 del 30 giugno 2003

e

Legge n. 675 del 31 dicembre 1996

***“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali “***

I sottoscritti genitori del bambino indicato nella presente domanda, autorizzano la Direzione della Scuola dell’Infanzia **“IL RAGGIO DI SOLE”** ad utilizzare i dati personali già in possesso e che saranno acquisiti (indirizzi e numeri telefonici) oltre che per le finalità istituzionali della Scuola, anche per trasmissione a componenti organi collegiali per indizione assemblee informative etc.,

A.S.L. e Direzione Didattica; richiesta di Enti Locali per iniziative proprie; richieste di Associazioni o Comitati Genitori, Istituti, Enti, per attività approvate dal Consiglio di Scuola.

Luogo e data.....

Firme del/dei genitore/i

.....  
.....

**PER APPROVAZIONE**

La Direttrice  
Isabella Frigerio

\_\_\_\_\_

Mariano Comense il \_\_\_\_\_