

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA STATALE A.S. 2025/2026

___ I ___ sottoscritt___ _____ Padre Madre Tutore
(cognome e nome)

dell'alunn___ _____ Maschio Femmina

CHIEDE

l'iscrizione dell'___ stess___ alla scuola dell'infanzia nel **plesso**;

- Andersen Don Milani
Via Turati
Via Missori
(attivo nell'a.s.
2024/25 PRE-
POST)

(segnare la casella del plesso scelto con una X)

La scelta del Plesso non è vincolante.

MODELLO SCUOLA RICHIESTO

Il sottoscritto, tenuto conto delle opportunità educative offerte dalla scuola e fatte salve eventuali condizioni ostative che potrebbero non permettere la piena accettazione delle richieste CHIEDE:

(Barrare la voce che interessa)

ORARIO FREQUENZA:

- Frequenza orario ordinario 40 ore settimanali** dalle ore 8,00 alle ore 16,00 da lunedì a venerdì
- Frequenza orario ridotto solo al mattino (fino alle ore 13.00 dopo il pasto)**

Consapevole che la domanda sarà accolta in applicazione di quanto contenuto nella C.M. n. 10 del 15/11/2016 e dei Criteri deliberati dal Consiglio di Istituto presenti sul sito www.leolimbiate.edu.it

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in casi di dichiarazione non corrispondente al vero, che

l'alunn___ _____ CODICE FISCALE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

è nat___ a _____ (prov._____) il _____

se nato all'Estero, in Italia da n° anni _____

è cittadino italiano altro (indicare quale Stato) _____

- è residente a _____

Via _____ n. _____

 _____ Cell _____ E-mail (obbligatoria) _____

SE DIVERSA:

residenza madre _____

residenza padre _____

➤ **Il bambino HA FREQUENTATO L'ASILO NIDO** _____

per n. _____ anni scolastici.

- la propria famiglia convivente è composta da:

| (cognome e nome) | (luogo e data di nascita) | (parentela) |
|------------------|---------------------------|-------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

— è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie SÌ NO

Dichiara che n _____ figli frequentano questo Istituto Comprensivo nell'anno scolastico 2024-2025

Dichiara che n _____ figli frequenteranno questo Istituto Comprensivo nell'anno scolastico 2025-2026

- Che richiederà al Comune il servizio PRE SCUOLA (7.30-8.00)
- Che richiederà al Comune il servizio POST SCUOLA (16.00-18.00)

Il servizio di PRE e POST SCUOLA è stato attivato per l'anno scolastico 2023/24 solo presso il plesso "Don Milani" di via Cartesio.

- Dichiara di essere a conoscenza che l'iscrizione verrà cancellata dopo 30 giorni di assenza priva di giustificata scritta e dopo 2 mesi di assenza continuativi anche se giustificata.

SCELTA DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

l'alunn _____ (COGNOME) _____ (NOME)

- si avvale dell'insegnamento della Religione Cattolica
- non si avvale dell'insegnamento della Religione Cattolica.

Chi non si avvale dell'insegnamento della Religione Cattolica svolgerà Attività Didattiche alternative.

FIRMA dei genitori _____

NOME COGNOME ALUNNO _____

| NUMERI DI TELEFONO A CUI LA SCUOLA PUO' FARE RIFERIMENTO | |
|--|--|
| n. tel. abitazione | |
| n. tel. madre | |
| n. tel. padre | |
| n. tel. altri (specificare) | |

Il sottoscritto dichiara che l'alunno deve assumere farmaci salva-vita SI NO

Data Firma dei genitori.....

In caso affermativo e necessario consegnare **tempestivamente** la richiesta, redatta sulla specifica modulistica corredata di certificazione medica, all'Ufficio di segreteria della scuola.

Verbale di accertamento + profilo di funzionamento per alunni con disabilità

Visite specialistiche (Es: Logopedista – Psicomotricista)

Il sottoscritto dichiara che: non esistono esistono
sentenze del Tribunale (1), che regolamentano l'esercizio della potestà genitoriale.

Data Firma dei genitori

Nota (1): Qualora la potestà genitoriale fosse regolamentata da sentenze del Tribunale, **i genitori sono tenuti a prendere contatto con il Dirigente Scolastico.**

Il sottoscritto dichiara di assumersi la responsabilità della vigilanza del propri....figli.....durante la permanenza nel plesso nelle giornate di scuola aperta ai genitori.

Data Firma dei genitori

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA** che, al termine dell'attività didattica:

l'alunna/o sarà prelevata/o dai genitori
 l'alunna/o sarà prelevata/o dal signor/a

.....
.....

Data..... Firma dei genitori

Autorizzoi propri..... figli a partecipare alle **uscite didattiche giornaliere** programmate che la classe nella quale è inserito effettuerà, sotto la guida dell'insegnante, nell'ambito del territorio comunale di Limbiate.

Data Firma dei genitori

Il sottoscritto, presa visione delle regole che la scuola ritiene fondamentali per una corretta convivenza civile, sottoscrive, condividendone gli obiettivi e gli impegni, il **PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITA'**.

Data Firma dei genitori

LA PRESENTE DICHIARAZIONE, VALIDA PER TUTTO IL PERIODO DI PERMANENZA NEL NOSTRO ISTITUTO, PUO' ESSERE REVOCATA O INTEGRATA SOLO CON COMUNICAZIONE SCRITTA.

Data

Firma dei genitori Padre.....

Madre.....

DICHIARAZIONE DEI DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI

PADRE

| Cognome e nome | Luogo e data di nascita | Documento identità |
|----------------|-------------------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |

CODICE FISCALE

TELEFONO

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
|-------|-------|

INDIRIZZO E-MAIL :

| |
|------------------|
| Firma per esteso |
| _____ |

MADRE

| Cognome e nome | Luogo e data di nascita | Documento identità |
|----------------|-------------------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |

CODICE FISCALE

TELEFONO

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
|-------|-------|

INDIRIZZO E-MAIL:

| |
|------------------|
| Firma per esteso |
| _____ |

TUTORE LEGALE

| Cognome e nome | Luogo e data di nascita | Documento identità |
|----------------|-------------------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |

INDIRIZZO E-MAIL:

| |
|------------------|
| Firma per esteso |
| _____ |

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Limbiatè ,

Firma dei genitori

Padre _____

Madre _____

