



Scuola dell'Infanzia paritaria

Arcobaleno dei Bambini

Via Visconti di Modrone, 4
20010 San Giorgio su Legnano -MI-

www.arcobalenoideibambini.com

Tel./Fax 0331402174

email: asilosangiorgio@libero.it

Domanda di iscrizione Anno Scolastico 2019/2020

Il/I Sottoscritto/i:

Sig. _____ nato a _____ il _____
Cognome e Nome del padre

Tel. (abitazione) _____ Tel. (lavoro) _____ Cell. _____

Sig.ra _____ nata a _____ il _____
Cognome e Nome della madre

Tel. (abitazione) _____ Tel. (lavoro) _____ Cell. _____

Posta elettronica (email) _____

residenti a _____ via _____ n. _____

Recapito in caso di emergenza _____

Avendo preso visione dei locali utilizzati per lo svolgimento delle attività della Scuola, nonché del Progetto Educativo, del Piano dell'Offerta Formativa (POF) e del Regolamento della Scuola (i quali sono consultabili presso il sito della scuola) ed accettandoli senza riserve

CHIEDE/CHIEDONO

l'iscrizione del/la bambino/a per l'anno scolastico 2019/2020 presso
la Scuola dell'Infanzia "Arcobaleno dei Bambini"

Genitore/i del/la bambino/a:

_____ Codice Fiscale: _____
Cognome e Nome del/la bambino/a

Nato/a a _____ il _____

Cittadinanza italiana

sì

no

F

M

IL/I RICHIEDENTE/I

- ☐ Si impegna/no al versamento anticipato della retta mensile prevista entro e non oltre il giorno 10 del mese di competenza col pagamento tramite R.I.D. (riscossione automatizzata della retta mediante addebito preautorizzato sul conto corrente).
- ☐ In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, autocertifica/no tutti i dati necessari all'iscrizione del/la proprio/a figlio/a, consapevole/i delle sanzioni penali cui possa/no andare incontro, in caso di dichiarazioni false e mendaci (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLO STATO DI FAMIGLIA

Il/I Sottoscritto/i _____ e _____
Cognome e Nome del padre Cognome e Nome della madre

Genitore/i di _____
Cognome e Nome del/la bambino/a

DICHIARA/NO

che il/la proprio/a figlio/a è nato/a a _____ il _____
e che il proprio nucleo familiare è composto dalle persone qui di seguito elencate

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
PADRE		
MADRE		
FIGLI		
ALTRI CONVIVENTI		

DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA DEL CERTIFICATO VACCINALE (Decreto-Legge 7 Giugno 2017, n. 73)

I/Il Sottoscritti/o _____ e _____
Cognome e Nome del padre Cognome e Nome della madre

Genitori/e di _____
Cognome e Nome del/la bambino/a

DICHIARA/NO CHE

- ☐ il/la proprio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie
(Decreto-Legge 7 Giugno 2017, n. 73)

Il certificato vaccinale, in originale, va portato all'atto dell'iscrizione.

Il/I Sottoscritto/i dichiara/no di essere a conoscenza, ai sensi dell'Art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, delle sanzioni penali cui può/possono andare incontro in caso di dichiarazioni false e mendaci.

DICHIARA, inoltre:

- ☐ 1. che il minore è in situazione di disabilità attestata (legge 104/92 e D.P.R. 24/02/1994).
- ☐ 2. che il minore presenta un ritardo nelle tappe di maturazione tipiche della sua età
- ☐ 3. che il minore presenta un ritardo nel raggiungimento delle autonomie di base (controllo sfinterico e alimentazione)
- ☐ 4. altri problemi da segnalare.

ELENCO PERSONE DELEGATE AL RITIRO DEL MINORE

(ALLEGARE LE FOTOCOPIE DELLA CARTA D'IDENTITA')

Il/I Sottoscritto/i _____ e _____
Cognome e Nome del padre Cognome e Nome della madre

DICHIARA/NO

Che il/la proprio/a figlio/a può essere ritirato/a dalla scuola dell'Infanzia oltre che da sè stessi anche dalle persone sottoelencate e si impegna/no a tenere indenne e sollevata la Scuola dell'infanzia ed il suo personale direttivo ed operativo da qualsiasi azione o rimostranza che venisse avanzata da familiari o altri soggetti non compresi nell'elenco sotto riportato.

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Residenza	Note varie o recapito telefonico

Il/i sottoscritto/i si impegna/no a presentare personalmente dette persone al personale della scuola e ad avvisare tempestivamente la scuola per qualsiasi variazione o aggiunta di tali soggetti.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

(Regolamento Europeo n. 679 del 27 Aprile 2016 sul trattamento dei dati personali)

Il/I Sottoscritto/i _____ e _____
Cognome e Nome del padre Cognome e Nome della madre

nella propria veste e qualità di genitori esercenti la potestà sul minore

_____, vista l'informativa di cui sopra
Cognome e Nome del/la bambino/a

Esprime/mono

☐

NON esprime/mono

☐

(BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA)

IL CONSENSO

al trattamento dei dati come sopra specificati.

Eventuali limitazioni ai trattamenti sopra specificati:

Aspetto	Limite richiesta
Numeri telefonici	
Riprese fotografiche o con videocamera	
Altro:	

Firma di entrambi i genitori _____

Luogo e Data _____