



DOMANDA DI ISCRIZIONE - A.S. 2025 / 2026

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla **Scuola dell'Infanzia di BRENNA (CO)**:

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Indicare la Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a:	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Altro:	<input type="text"/>		

In regola con gli obblighi vaccinali, esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge n.119/2017 Si No

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Indicare la Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a):	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
Altri recapiti telefonici:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1

GENITORE DA CONTATTARE CON PRIORITA' (barrare solo uno dei due):

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cod. Fiscale:	<input type="text"/>	Indicare la Cittadinanza:	<input type="text"/>
Nato a:	<input type="text"/>	il:	<input type="text"/>
Residente a (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a):	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
Altri recapiti telefonici:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GENITORE DA CONTATTARE CON PRIORITA' (barrare solo uno dei due):

DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE - CONVIVENTI

COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>

INTERESSE AL SERVIZIO PRE – POST SCUOLA

Interessati al servizio PRE-SCUOLA: SI NO

Interessati al servizio POST-SCUOLA: SI NO





DIETE ALIMENTARI

ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI:

SI

NO

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE:

CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI AMMISSIONE

Barrare con una crocetta solo sulle caselle che corrispondono alla propria situazione familiare.

a) BAMBINO/A RESIDENTE:

CON DISABILITA'

RESIDENTE ORFANO

RESIDENTE

FIGLIO DI GENITORI ENTRAMBI LAVORATORI

b) BAMBINO/A NON RESIDENTE:

MA CON FRATELLI/SORELLE CHE FREQUENTANO CODESTA SCUOLA DELL'INFANZIA

CON NONNI RESIDENTI

NON RESIDENTE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

IN QUALITA' DI PADRE/MADRE/TUTORE:

- Dichiara 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 (Informativa Privacy 2025-2026).
- Dichiara di essere consapevole delle finalità educative della vostra scuola paritaria – compreso l'Insegnamento della Religione Cattolica (I.R.C.) - e di aver ricevuto e accettato il Regolamento Scolastico 2025-2026.
- Dichiara di condividere e sottoscrivere il Patto di corresponsabilità educativa Scuola-Famiglia.
- Autorizza la partecipazione del minore alle uscite didattiche.
- Che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli articoli 46 – 47 – 75 – 76 del D.P.R 445/2000.

DATA:

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI

