



ASILO INFANTILE DI SIZIANO
Scuola dell'infanzia paritaria

27010 SIZIANO (PV) – Via San Rocco, 3

Tel. 0382 67131 - Fax 0382 610334 - asinfasi@tin.it - www.asilosiziano.it

ENTE MORALE DI
DIRITTO PRIVATO – R.D. 31.03.1916
Tribunale di Pavia n. 459
P.G.P. Reg. Lomb. N. 529 del 07/04/2001
REA 234189 del 09/04/2002
Partita IVA 00516430188

Siziano lì, _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO 2016/2017

Spett. Direzione, i Sottoscritti Genitori

PADRE: _____

Nato a _____ il _____ professione _____

MADRE: _____

Nata a _____ il _____ professione _____

Preso visione del Progetto Educativo e del Piano dell'Offerta Formativa della Scuola,
chiedono l'ISCRIZIONE del/la proprio/a bambino/a

NOME: _____ **COGNOME:** _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

Cittadinanza: _____ C.F. _____

Residente a _____ Via/P.zza _____ n° _____

e-mail _____

TELEFONI: casa _____ cell.mamma _____ cell. papà _____

ufficio _____ nonni _____ altri _____

Nell'interesse educativo del/la bambino/a, si invitano i Genitori a considerare impegnativa e costante la frequenza alla Scuola. Con l'iscrizione **i Genitori si impegnano a versare la retta annuale di frequenza** (Euro 900,00 per i residenti – Euro 1.200,00 per i non residenti nel Comune di Siziano), suddivisa in 10 rate mensili, **anche in caso di mancata frequenza e/o ritiro del bambino**. "La Scuola ha la facoltà, in presenza di una particolare difficile situazione gestionale, di modificare l'ammontare della retta nel corso dell'anno scolastico fornendone le motivazioni". Quota d'iscrizione euro 50,00.

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

✂ _____

Siamo lieti di poter accettare l'iscrizione da Voi chiesta.

Data _____ (Firma) _____

INFORMAZIONI CHE LA SCUOLA DEVE SAPERE SUL/LA BAMBINO/A

⇒ È UN NUOVO ISCRITTO?

(NO)

(SI) allegare fotocopia certificato di vaccinazione o autocertificazione

⇒ MALATTIE INFETTIVE CONTRATTE:

MORBILLO VARICELLA ROSOLIA PAROTITE PERTOSSE SCARLATTINA altre

⇒ E' AUTONOMO AI SERVIZI IGIENICI ? (NO) (SI)

⇒ HA PROBLEMI DI ALIMENTAZIONE?

(NO)

(SI) quali? _____

allegare certificato medico per eventuale dieta sostitutiva

⇒ USUFRUISCE DEL SERVIZIO:

SOLO TURNO ANTIMERIDIANO

(NO) (SI) uscita ore 13.30

PRE-SCUOLA

(NO) (SI) dalle ore _____

POST-SCUOLA

(NO) (SI) uscita ore 16.15

(SI) uscita ore 17.30- 18.00

Esprimono , altresì, il consenso al trattamento dei dati personali su esposti (legge 31/121996 n. 675) nell'ambito specifico dei servizi attinenti all'attività scolastica.

FIRMA DEL PADRE:

FIRMA DELLA MADRE:
