



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 D'ISCRIZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO 2016/2017

SEZIONE PRIMAVERA

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 figlio/a

NOME: _____ **COGNOME:** _____

Nato a _____ (_____) il _____

Cittadinanza: _____ C.F. _____

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

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

ufficio _____ nonni _____ altri _____

e-mail _____

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 mensile di frequenza** (pari a euro 300 sia per i residenti che i non residenti) **anche in caso di mancata frequenza e/o ritiro del bambino.** "La Scuola ha 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 100,00.

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

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

Data _____

Timbro _____

Firma _____

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

⇒ MALATTIE INFETTIVE CONTRATTE:

MORBILLO VARICELLA ROSOLIA PAROTITE PERTOSSE SCARLATTINA altre

⇒ HA PROBLEMI DI ALIMENTAZIONE (allergie/intolleranze)?

(NO)

(SI) quali? _____

allegare certificato medico per eventuale dieta sostitutiva

⇒ USUFRUISCE DEL SERVIZIO:

SOLO TURNO ANTIMERIDIANO (NO) (SI) uscita ore 12.45

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:
