



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO VARESE 2 - "S. PELLICO"
Via Appiani, 15 - 21100 Varese
Tel. 0332 289297 - Fax 0332 238564
vaic873003@istruzione.it - segreteria @scuolapellico-varese2.it
Posta Elettronica Certificata: icvarese2@pec.it



DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL' INFANZIA STATALE

“RONCHETTO FE”

Anno scolastico 2018 /2019

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore/tutore di _____

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso/a a frequentare la Scuola dell'Infanzia Statale

“RONCHETTO FE”

N.B. LE ISCRIZIONI SARANNO ACCOLTE CON PRECEDENZA AI NATI ENTRO IL 31.12. 2015

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

L'alunno/a _____ Codice Fiscale _____

È nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
è anticipatario Sì (nato/nata tra il 01 gen. E il 30 aprile del 2016)

E' cittadino/a ITALIANO oppure _____ (indicare la cittadinanza non italiana)

E' residente a _____ in Via _____ tel. _____

cell. _____ e-mail: _____

L'alunno è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie **SI'** **NO**

DA ALLEGARE: Fotografia formato tessera dell'alunno/a
Fotocopia del codice fiscale dell'alunno/a
Copia Vaccinazioni

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE RECAPITI GENITORI

Con l'impegno di comunicare tempestivamente alla segreteria didattica della scuola (Via Appiani) ogni variazione di residenza e di telefono o cellulare. (In caso contrario la scuola declina ogni responsabilità per mancato o tempestivo avviso alle famiglie delle eventuali circostanze di emergenza)

PADRE: _____

Comune di nascita: _____ data di nascita _____

Stato estero di nascita: _____ cittadinanza _____

Luogo di lavoro _____ Tel. _____

Tel. _____ Cell. _____

MADRE: _____

Comune di nascita: _____ data di nascita _____

Stato estero di nascita: _____ cittadinanza _____

Luogo di lavoro _____ Tel. _____

Tel. _____ Cell. _____

REPERIBILITA' URGENTE _____

La propria famiglia convivente è composta, oltre al bambino, da:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(grado di parentela)

Data

Firma

(firma di autocertificazione - Lg. 15/98 – 127/97 - 31/98)

Il/la sottoscritto/a 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 Amm.ne (legge 675/96 "tutela della privacy" art. 27)

Varese,

Firma

MODULO SCELTA ORARIO SETTIMANALE

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno _____

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a possa essere assegnato/a ad una sezione della scuola con l'organizzazione o le caratteristiche di seguito individuate:

Scuola	Organizzazione
<input type="checkbox"/> “C.A. Dalla Chiesa” Via Marzorati, Varese Tel. 0332287715	5 giorni settimanali da lunedì al venerdì, con il seguente orario (scegliere una opzione): <input type="checkbox"/> TURNO ANTIMERIDIANO inclusa la mensa, con uscita dalle ore 13.15 alle ore 13.45. <input type="checkbox"/> INTERA GIORNATA dalle ore 9.00 alle ore 16.00 Sono garantiti inoltre i seguenti servizi (barrare se interessa): <input type="checkbox"/> PRESCUOLA dalle ore 7.30 alle ore 8.30 <input type="checkbox"/> DOPOSCUOLA dalle ore 16.00 alle ore 17.00 <i>(All'atto dell'iscrizione occorre presentare la certificazione di lavoro di entrambi i genitori per documentare l'effettiva esigenza del doposcuola)</i>
<input type="checkbox"/> “Ronchetto Fè” Via Cimabue, Varese Tel. 0332	5 giorni settimanali da lunedì al venerdì, con il seguente orario (scegliere una opzione): <input type="checkbox"/> TURNO ANTIMERIDIANO inclusa la mensa, con uscita dalle ore 13.00 alle ore 13.30. <input type="checkbox"/> INTERA GIORNATA dalle ore 9.00 alle ore 16.00 Sono garantiti inoltre i seguenti servizi (barrare se interessa): <input type="checkbox"/> PRESCUOLA dalle ore 7.30 alle ore 8.30 <input type="checkbox"/> DOPOSCUOLA dalle ore 16.00 alle ore 17.30 <i>(All'atto dell'iscrizione occorre presentare la certificazione di lavoro di entrambi i genitori per documentare l'effettiva esigenza del doposcuola)</i>
<input type="checkbox"/> “Vanini e Piccinelli” Via Trieste, Brinzio (Varese)	5 giorni settimanali da lunedì al venerdì, con il seguente orario (scegliere una opzione): <input type="checkbox"/> TURNO ANTIMERIDIANO inclusa la mensa, con uscita dalle ore 13.00 alle ore 13.30. <input type="checkbox"/> INTERA GIORNATA dalle ore 8.00 (con possibilità di ingresso fino alle ore 9.00) alle ore 16.00 (con possibilità di uscita dalle ore 15.30)

Data

(Firma del genitore o di chi ne fa le veci)

**MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCEGLIERE
SE AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA**

Il/la sottoscritto/a,
a conoscenza del diritto, riconosciuto dallo Stato, della libera scelta dell'insegnamento della
Religione Cattolica (art. 9.2 del Concordato ratificato con Legge 25/3/85 – C.M. N. 188/89)

CHIEDE

Che il/la proprio/a figlio/a possa

- AVVALERSI** dell'insegnamento della Religione Cattolica.
- NON AVVALERSI** dell'insegnamento della Religione Cattolica, scegliendo una delle
attività alternative sottoriportate:
- Attività Didattiche e Formative (con specifica programmazione, che la famiglia può
visionare sul sito della scuola, in allegato al PTOF di Istituto);
 - Attività di studio e/o di ricerca individuali con assistenza di personale docente;
 - Non frequenza della scuola nelle ore di insegnamento della Religione Cattolica (se l'orario
delle lezioni lo consente)

DATA

firma

AUTOCERTIFICAZIONE DELL'IDENTITÀ PERSONALE



Il/la sottoscritto/a..... in
qualità di genitore, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità,
che la foto corrisponde al proprio/a figlio/a.

FIRMA

.....