

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA A.S. 2024/2025

Al consiglio d'amministrazione dell'asilo infantile di Albissola Marina

l sottoscritto _____
C.F. _____, nat_ a _____
il _____, residente a _____
(prov _____), in via _____ n° _____

in qualità di: GENITORE TUTORE AFFIDATARIO

chiede

L'iscrizione del__ bambin_ _____ alla

SEZIONE PRIMAVERA *mattina* *tempo pieno*
 SCUOLA MATERNA

di codesta scuola dell'infanzia paritaria *ASILO INFANTILE DI ALBISSOLA MARINA* per l'anno scolastico 2024/2025;

dichiara

1. che _l_ bambin_ _____,
C.F. _____, è nat_ a _____
il _____;

2. che _l_ bambin_ è residente a _____ (prov _____),
in via _____ n° _____
tel. mamma _____
tel. papà _____

3. che _l_ bambin_ è paziente del pediatra dott. _____
tel. pediatra _____

4. che _l_ bambin_ _____
 NON HA ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI IN ATTO
 HA ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI IN ATTO
 NON È STATO VACCINATO PER L'INFLUENZA STAGIONALE
 È STATO VACCINATO PER L'INFLUENZA STAGIONALE

5. di aver visionato il regolamento interno dell'asilo e di approvarlo integralmente;

6. di aver versato la quota d'iscrizione pari a € 100,00 (diconsi euro cento,00) contestualmente alla consegna della domanda di iscrizione, come da art.1.2 lett. a) del regolamento interno;

7. di aver versato contestualmente alla domanda d'iscrizione la quota per l'acquisto del/dei grembiolino/i obbligatori, come da art.1.2 lett. b) del regolamento interno;

8. di aver ricevuto l'informativa privacy e di aver compreso e compilato i relativi consensi;

e autorizza

all'accompagnamento e/o al ritiro dai vostri locali le persone di seguito indicate:

1. cognome _____ nome _____
2. cognome _____ nome _____
3. cognome _____ nome _____
4. cognome _____ nome _____

Alla presente domanda si allega:

- AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA;
- CERTIFICAZIONE ASL DI REGOLARITÀ VACCINALE;
- CERTIFICATI MEDICI DI RIFERIMENTO AD ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI;
- FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEI GENITORI;
- FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITÀ DEI DELEGATI AL RITIRO DEL BAMBINO;
- CERTIFICAZIONE ISEE

_____, il _____

FIRMA _____

N.B. i dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento Definitivo con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n° 305

DATI FATTURAZIONE

- cognome e nome: _____

- indirizzo di residenza: _____

- codice fiscale intestatario fattura: _____

- indirizzo email: _____