



ISTITUTO COMPRESIVO DI CAPIAGO INTIMIANO
Piazza IV Novembre – 22070 CAPIAGO INTIMIANO CO
tel. 031461447 – fax 031561408 – CF 80013500139
coic811002@istruzione.it coic811002@pec.istruzione.it www.icsci.gov.it

i.c.s.c.i.
Istituto comprensivo di capiago intimiano

A.S. 2017-18

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER A.S. 2018/19

Scuola dell'Infanzia

Loris Malaguzzi - CAPIAGO

Libico Maraja - MONTORFANO

Don F.Confalonieri – SENNA COMASCO

Scuola Primaria

G. Rodari - INTIMIANO

G. Verdi - CAPIAGO

S. Pertini - SENNA COMASCO

Giovanni Paolo II - MONTORFANO

Scuola Secondaria 1° grado

A. Toscanini - INTIMIANO

S. Pertini - SENNA COMASCO

ALUNNO

CLASSE *

M F

* specificare la classe per la quale si richiede l'iscrizione

Scuola di provenienza

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria 1° grado

di _____

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Il sottoscritto _____ Padre Madre Tutore
(Cognome e nome)

dell'alunno _____
(Cognome e nome)

dichiara di essere a conoscenza del **Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto**, di aver ricevuto l'**Informativa sul trattamento dei dati personali** e

CHIEDE

l'iscrizione della/lo stessa/o alla **SCUOLA DELL'INFANZIA STATALE SEDE DI CAPIAGO**

per l'anno Scolastico **2018/19**. 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'alunna/o _____ C.F. _____
(Cognome e nome) (Codice Fiscale) **da riportare obbligatoriamente**
- è nata/o a _____ il _____
- è cittadina/o Italiano altro (indicare quale) _____ (*)
- è residente a _____ (prov. _____) Via/Piazza _____
- vive con entrambi i genitori con il padre con la madre
- eventuale domicilio, diverso dalla residenza _____
- telefono _____

- proviene dalla Scuola _____ ove ha frequentato per n. anni _____
- ha frequentato la Scuola dell'Infanzia sì no
- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie sì no

Allegare dichiarazione sostitutiva o copia tesserino vaccini

(*) in caso di cittadinanza straniera:

- data di arrivo in Italia _____ prima del compimento dei 6 anni sì no
- lingua parlata _____
- comprende la lingua italiana sì no

_____ lì _____

FIRMA DEL PADRE: _____ **FIRMA DELLA MADRE:** _____

I sottoscritti

▪ dichiarano di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196) e di aver ricevuto la relativa informativa.

Firma dei genitori: _____

▪ autorizzano la pubblicazione sul sito web e su altri supporti prodotti dall'istituto di foto collettive relative ad attività svolte.

Firma dei genitori: _____

▪ autorizzano la scuola a trasmettere ai rappresentanti dei genitori eletti il seguente recapito di posta elettronica per ricevere comunicazioni:

_____@_____

Data _____

Firma dei genitori: _____

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FOGLIO DELLE OPZIONI INDIVIDUALI

Alunno _____

SCUOLA DELL'INFANZIA STATALE, sede di CAPIAGO

Modulo per l'esercizio di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della RELIGIONE CATTOLICA per l'anno scolastico 2018/19

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 92) il presente modulo costituisce richiesta dell'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica. La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero ciclo scolastico cui si riferisce.

- Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica
 Scelta di non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

(la scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa)

FIRMA DEL PADRE: _____ FIRMA DELLA MADRE: _____

Per gli anni scolastici successivi l'eventuale modifica della scelta operata potrà essere effettuata tramite comunicazione scritta al Dirigente Scolastico entro i termini previsti per le iscrizioni.

SCelta DEL TEMPO SCUOLA E DEI SERVIZI

__1__ sottoscritt__ inoltre, sulla base delle opportunità educative ed organizzative offerte dalla scuola e fissate dal Consiglio di Istituto per venire incontro ad eventuali esigenze di famiglia, chiede che __1__ propri__ figli__ sia iscritto/a ai sotto elencati **servizi*** che l'**Amministrazione Comunale** organizza a pagamento, d'intesa con la scuola:

- servizio di trasporto con scuolabus comunale (solo per i residenti)
 servizio mensa

ed esprime le seguenti preferenze sul tempo scuola

- Turno antimeridiano (25 ore settimanali) dalle ore 8.00 alle ore 13.00
 Turno normale con refezione (40 ore settimanali) dalle ore 8.00 alle ore 16.00 dal lunedì al venerdì

Il funzionamento della scuola dell'infanzia statale è di norma di 8 ore giornaliere da lunedì a venerdì, prorogabili a 9 o 10 ore e al sabato mattina in presenza di almeno 15 documentate richieste per esigenze di lavoro di entrambi i genitori.

** L'indicazione nel presente modulo non costituisce vincolo per l'Amministrazione Comunale. Pertanto l'iscrizione ai vari servizi dovrà essere confermata presso gli uffici comunali competenti quando verrà richiesto. L'erogazione del servizio sarà subordinata alle condizioni oggettive che si saranno verificate.*

Eventuali altre richieste o segnalazioni:

DATA: _____

FIRMA DEL PADRE: _____ FIRMA DELLA MADRE: _____

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.



ISTITUTO COMPRESIVO DI CAPIAGO INTIMIANO
 Piazza IV Novembre – 22070 CAPIAGO INTIMIANO CO
 tel. 031461447 – fax 031561408 – CF 80013500139
coic811002@istruzione.it coic811002@pec.istruzione.it www.icsci.gov.it

i.c.s.c.i.
 istituto comprensivo di capiago intimiano

A.S. 2018/19	FOGLIO NOTIZIE
	SCUOLA DELL'INFANZIA STATALE DI CAPIAGO Piazza della Chiesa - tel. e fax 031. 4630376

Preghiamo i Genitori degli alunni di voler cortesemente fornire i dati richiesti nel presente

FOGLIO NOTIZIE

(necessari per la compilazione delle liste elettorali ed utili per le comunicazioni urgenti con la famiglia)

ALUNNO			
Cognome e nome	Classe	Indirizzo	N° telefono

GENITORI			
PADRE:			
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	N° cellulare	POSTA ELETTRONICA
	nato a		
	il		
CAMPO NON OBBLIGATORIO	titolo di studio		professione
MADRE:			
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	N° cellulare	POSTA ELETTRONICA
	nato a		
	il		
CAMPO NON OBBLIGATORIO	titolo di studio		professione

RECAPITO TELEFONICO DI PARENTI O PERSONE DI FIDUCIA AI QUALI RIVOLGERSI IN CASO DI IMPOSSIBILITA' A RINTRACCIARE I GENITORI			
Cognome e nome	Tipo di rapporto	N° telefonico fisso	N° cellulare

FRATELLI / SORELLE CHE FREQUENTANO PRESSO QUESTO ISTITUTO COMPRESIVO:			
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Classe	Plesso