

DOMANDA ISCRIZIONE SC. INFANZIA N° _____

ISTITUTO COMPRENSIVO ORBASSANO II

Il/la sottoscritto/a _____

o PADRE o MADRE o TUTORE del/della bambino/a _____

CHIEDE

l'iscrizione per l'a.s. 2025/2026 alla: (crocettare solo una scuola per indicare una preferenza. In caso di lista d'attesa potrebbe esservi proposta la Scuola che non avete scelto)

- SCUOLA DELL'INFANZIA "B. APRIERO", VIA FREJUS, 69
- SCUOLA DELL'INFANZIA "PETER PAN", VIA GRAMSCI, 12

e sceglie il seguente TEMPO-SCUOLA

o dal lunedì al venerdì con orario 8,00 – 16,30, con servizio refezione scolastica

o dal lunedì al venerdì con orario 8,00 – 13,30, con servizio refezione scolastica

o dal lunedì al venerdì con orario 8,00 – 12,00, senza servizio refezione scolastica

SCEGLIE :

- di avvalersi dell'insegnamento della Religione Cattolica
- di NON avvalersi dell'insegnamento della Religione Cattolica

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

L'alunno/a _____ è nato/a a _____

Il _____ ☐ è cittadino Italiano/a ☐ altro (indicare nazionalità) _____

è residente a _____ in Via / Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____

Che la propria famiglia CONVIVENTE è composta da:

Cognome e nome

luogo e data di nascita

parentela

Orbassano, ____/____/2025

Firma di Entrambi i Genitori

RECAPITI UTILI

TELEFONO FISSO DELLA RESIDENZA DEL BAMBINO/A _____

CELLULARE DELLA MADRE _____ CELLULARE DEL PADRE _____

E-MAIL MADRE _____

E-MAIL PADRE _____

TELEFONO FISSO E/O CELLULARE DEI NONNI _____

NOME, COGNOME, TELEFONO FISSO E/O CELLULARE DI PARENTI O AMICI A CUI RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITA'.

Dati relativi al/bambino/a ed al nucleo familiare anche utili ai fini della compilazione di un'eventuale lista d'attesa

Il/la bambino/a ha frequentato l'asilo nido? ☐ sì ☐ no Quale? _____
Il/la bambino/a era già in lista d'attesa in una Scuola dell'Infanzia dell'Istituto Comprensivo? ☐ sì ☐ no
Il/la bambino/a ha fratelli/sorelle che frequentano Scuole dell'Istituto Comprensivo? Indicare Scuola e classe/sezione

Il/la bambino/a è affetto da malattie gravi e croniche Se sì quale?

Il/la bambino/a è in situazione di handicap? ☐ sì ☐ no
E' in possesso di una certificazione rilasciata dalla competente A.S.L. di riferimento?
☐ sì ☐ no ☐ è inviata certificazione

Il bambino/a ha particolari problemi di salute, allergie, intolleranze alimentari, stati patologici, affezioni croniche, deve assumere farmaci salvavita

Nel nucleo familiare convivente è presente un soggetto portatore di handicap? ☐ sì ☐ no

In caso affermativo: ☐ padre ☐ madre ☐ fratello/sorella ☐ altro familiare

ATTIVITA' LAVORATIVA DEI GENITORI

MADRE

☐ occupata ☐ disoccupata ☐ altro

... Se occupata e lavoratrice dipendente, ha un contratto a

☐ TEMPO DETERMINATO (fino al _____),

☐ TEMPO INDETERMINATO

☐ PART-TIME a TEMPO DETERMINATO (fino al _____)

☐ PART-TIME a TEMPO INDETERMINATO

PADRE

☐ occupato ☐ disoccupato ☐ altro

... Se occupato e lavoratore dipendente, ha un contratto a

☐ TEMPO DETERMINATO (fino al _____)

☐ TEMPO INDETERMINATO

☐ PART-TIME a TEMPO DETERMINATO (fino al _____)

☐ PART-TIME a TEMPO INDETERMINATO

Il/la sottoscritto/a dichiara che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero ed inoltre :

autorizza qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati nella presente domanda
si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche
è consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla legge sulla privacy;
è consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/00, per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio.

Orbassano, ____/____/2025

Firma di Entrambi i Genitori