



ISTITUTO COMPRENSIVO ORBASSANO II

Via Cervetti, 7 - 10043 ORBASSANO (TO) - Tel. 011/9011364
e-mail: TOIC8AJ00T@istruzione.it - Codice Fiscale: 95616320016

Il/la sottoscritto/a _____

☐ PADRE ☐ MADRE ☐ TUTORE

Del bambino/a _____

CHIEDE

L'iscrizione per l'A.S. 2026/2027 alla:

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

(croettare solo una scuola per indicare una preferenza. In caso di lista d'attesa potrebbe esservi proposta la scuola che non avete scelto).

E sceglie il seguente TEMPO SCUOLA:

- ☐ Dal lunedì al venerdì – 8.00/16.30 – con servizio di refezione scolastica
☐ Dal lunedì al venerdì – 8.00/13.30 – con servizio di refezione scolastica
☐ Dal lunedì al venerdì – 8.00/12.00 – senza servizio di refezione scolastica

Sceglie inoltre:

- ☐ Di avvalersi della religione cattolica
☐ Di **NON** avvalersi della religione cattolica

A tal fine dichiara, in base allo snellimento dell'azione amministrativa e consapevole delle responsabilità a cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, che:

L'alunno/a _____ sesso: ☐ M ☐ F

È nato/a a _____ (____) il _____

È residente a _____ indirizzo _____

Codice Fiscale

☐ è cittadino italiano ☐ altro (indicare nazionalità) _____

Che la propria famiglia convivente è così composta:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Parentela

Firma di entrambi i genitori

Orbassano _____ / _____ / _____

RECAPITI UTILI

Cellulare genitore 1 _____ Email genitore 1 _____

Cellulare genitore 2 _____ Email genitore 2 _____

Altri contatti a cui rivolgersi in caso di necessità (parenti o amici):

Cognome e Nome	n. di telefono fisso o cellulare	Parentela

Dati relativi al/alla bambino/a ed al nucleo familiare utili ai fini della compilazione di una eventuale linea 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 del Ns. Istituto? ☐ sì ☐ no

Il/la bambino/a ha fratelli/sorelle che frequentano Scuole del Ns. Istituto? Indicare scuola, classe e sezione:

Cognome e Nome	Scuola	Classe/sezione

Il/la bambino/a è affetto da malattie gravi e croniche? ☐ sì ☐ no Se sì quali:

Il/la bambino/a è portatore di disabilità (L. 104/92)? ☐ sì ☐ no

E' in possesso di una certificazione rilasciata dall'ASL di riferimento? ☐ sì ☐ no ☐ in via di certificazione

Il/la bambino/a ha particolari problemi di salute, allergie, intolleranze alimentari, stati patologici, affezioni croniche e/o deve assumere farmaci salvavita? ☐ sì ☐ no Se sì quali:

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

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

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 e si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti nell'ambito di tali verifiche.
- E' consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali del servizio, come previsto dalla legge sulla privacy.
- E' consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, per falsità in atti e dichiarazioni false e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del servizio.

Firma di entrambi i genitori

Orbassano _____ / _____ / _____

