

Scuola Materna Paritaria **San Vincenzo**

Via Verdi n 95 – 60019 Senigallia

tel 071 63415 fax 071 9021294

scuolasanvincenzo@virgilio.it

Domanda d'iscrizione

I SOTTOSCRITTI

(padre)

.....

(madre)

abitanti in..... Via..... n°.....

Telefono abitazione mail

Altri recapiti telefonici.....

CHIEDONO

L'ISCRIZIONE alla Scuola dell'INFANZIA Paritaria "SAN VINCENZO" Senigallia
per l'anno 20_ /20 _

del figlio/a

nato/a il

Sulla base dell'offerta formativa della scuola e delle risorse disponibili, chiedono di avvalersi del seguente orario:

- Orario ordinario delle attività educative per 40 ore settimanali (8-16 per 5 giorni alla settimana)
- Orario ridotto delle attività educative nella fascia del mattino per 20/25 ore settimanali (8-12)
- Orario di ingresso anticipato alle 7,30.
- Chiedono inoltre di avvalersi dell'ISCRIZIONE ANTICIPATA (per i nati entro il 30 aprile 2012) subordinata-mente alla disponibilità di posti e alla precedenza dei nati che compiono tre anni entro il 31 dicembre 2014.

Quota di iscrizione € 50,00 pagata il

Tale quota verrà restituita in caso di impossibilità, da parte della scuola, di inserire il bambino/a iscritto/a. Per gli anni successivi di frequenza sarà sufficiente confermare l'iscrizione senza alcuna quota.

Firma di entrambi i genitori.....

Firma del genitore (se la patria potestà è di un solo genitore)

Scuola Materna Paritaria **San Vincenzo**

Via Verdi n 95 – 60019 Senigallia

tel 071 63415 fax 071 9021294

scuolasanvincenzo@virgilio.it

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero

il sottoscritto

genitore dell'alunn

nat_ a..... il.....

cittadino Italiano altro (indicare quale)

residente a (Prov.) in Via

Codice fiscale.....

Ha frequentato servizi per l'infanzia (0 – 3 anni)

presso.....

che la propria famiglia è composta, oltre al bambino/a, da:

_____	_____	_____
cognome e nome	luogo e data di nascita	parentela
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Data.....

Firma di AUTOCERTIFICAZIONE

da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda (leggi 15/1968, 127/97, 131/98, D.P.R. 445/2000)

Scuola Materna Paritaria **San Vincenzo**

Via Verdi n 95 – 60019 Senigallia
tel 071 63415 fax 071 9021294
scuolasanvincenzo@virgilio.it

—

CONFERME PER GLI ANNI SUCCESSIVI

I sottoscritti

(entrambi i genitori)

confermano l'iscrizione del bambino/a.....

alla scuola dell'infanzia SAN VINCENZO per l'anno scolastico 20...../20.....

Data

Firme

.....

I sottoscritti

(entrambi i genitori)

confermano l'iscrizione del bambino/a.....

alla scuola dell'infanzia SAN VINCENZO per l'anno scolastico 20...../20.....

Data

Firme

.....

CONFERMA DEL QUARTO ANNO PER I BAMBINI ISCRITTI CON ANTICIPO.

I sottoscritti

(entrambi i genitori)

confermano l'iscrizione del bambino/a.....

alla scuola dell'infanzia SAN VINCENZO per l'anno scolastico 20...../20.....

Data

Firme

Scuola Materna Paritaria **San Vincenzo**

Via Verdi n 95 – 60019 Senigallia

tel 071 63415 fax 071 9021294

scuolasanvincenzo@virgilio.it

INDAGINE CONOSCITIVA e ALLERGOLOGICA DEL BAMBINO

Nome del bambino/a _____

Data di nascita _____

Ha mosso i primi passi all'età di _____ e le prime parole all'età di _____

Quali cibi non tollera _____

Manifesta allergie alimentari, ai farmaci o da contatto (insetti, PIANTE, altre ...)? _____

E' sotto il controllo pediatrico del dott. _____

è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie **si** **no** **nell'ASUR N.**

Quali malattie infettive ha contratto :

5° malattia	$\frac{1}{2\pi}$	è stato vaccinato	$\frac{1}{2\pi}$	
6° malattia	$\frac{1}{2\pi}$	è stato vaccinato	$\frac{1}{2\pi}$	
Varicella	$\frac{1}{2\pi}$	è stato vaccinato	$\frac{1}{2\pi}$	
Scarlattina	$\frac{1}{2\pi}$	è stato vaccinato	$\frac{1}{2\pi}$	
Rosolia	$\frac{1}{2\pi}$	è stato vaccinato	$\frac{1}{2\pi}$	
Parotite	$\frac{1}{2\pi}$	è stato vaccinato	$\frac{1}{2\pi}$	
Pertosse	$\frac{1}{2\pi}$	è stato vaccinato	$\frac{1}{2\pi}$	
Morbillo	$\frac{1}{2\pi}$	è stato vaccinato	$\frac{1}{2\pi}$	$\frac{1}{2\pi}$
Meningite	$\frac{1}{2\pi}$	è stato vaccinato	$\frac{1}{2\pi}$	
Epatite virale	$\frac{1}{2\pi}$	è stato vaccinato	$\frac{1}{2\pi}$	
Soffre di crisi convulsive ?				

Ha sofferto di altre malattie ? _____ Se sì, quali ? _____

E' autonomo nell'igiene personale ? _____

Questo questionario è strettamente personale e facoltativo. . I dati che vorrete fornirci sono tutelati dalla legge e rappresentano informazioni preziose per le insegnanti affinché possano seguire nel modo migliore il vostro bambino.

:

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305

