

Centro Infanzia San Vincenzo
Via Verdi n.95 – 60019 Senigallia
tel. 071 – 2119975 fax 071 – 63415
centroinfanziasv@virgilio.it www.scuolasanvincenzo.org

ISCRIZIONE PER L'ANNO EDUCATIVO 20__ / 20__

I sottoscritti: Padre _____

Madre _____

abitanti in _____ Via _____ n° _____

Telefono Abitazione _____ mail _____

Cellulare (mamma) _____ Cellulare(papà) _____

C.F. del genitore che effettua i bonifici relativi alle rette _____

CHIEDONO

di iscrivere i....propri.. figli... al Centro Infanzia San Vincenzo per l'anno educativo 20.. /20... per la frequenza al seguente modulo orario:

- *Modulo orario 7,30 - 12,15*
- *Modulo orario 7,30 – 14,00*
- *Modulo orario 7,30 – 16,00*
- *Modulo orario 7,30 – 17,30*
- *Modulo orario 11 – 17,30*

DATI ANAGRAFICI DEL BAMBINO

Nome Cognome.....

Nato a Il.....

Cittadinanza.....residenza.....

CF del bambino/a _____

Quota di iscrizione € 50,00 pagata il

Tale quota verrà restituita nel caso di impossibilità, da parte della scuola, di inserire il bambino/a iscritto/a.

Senigallia..... Firma (mamma).....

Senigallia..... Firma (papà).....

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

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

Ha frequentato servizi per l'infanzia (0 – 3 anni) SI NO

Se si, specificare presso quale servizio

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

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

Data.....

Firma di AUTOCERTIFICAZIONE

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

.....

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, altro...)?

E' sotto il controllo pediatrico del dott. _____

A seguito della Legge dello Stato n.119 – 31 luglio 2017, la presentazione della documentazione vaccinale costituisce requisito di accesso ai servizi per l'infanzia.

I.... bambin.... È stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie SI NO

nell' ASUR N. _____

- Allegare copia del libretto di vaccinazioni

Malattie infettive contratte

.....
.....
.....

Soffre di crisi convulsive? SI NO

Ha sofferto di altre malattie? _____ Quali? _____

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy stabilite dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR), come descritto nell'Informativa allegata.

Data _____

Firma _____