

Domanda d'iscrizione Sezione Primavera per l' anno educativo 20__/20__

I sottoscritti: Padre.....

Madre.....

abitanti in Vian°.....

Telefono Abitazione..... mail

Cellulare (mamma)..... Cellulare(papà).....

CHIEDONO

di iscrivere...i....propri.. figli... alla Sezione Primavera San Vincenzo per l'anno educativo 20.../20...

per la frequenza al seguente modulo orario:

- **Orario ordinario delle attività educative (7,30 - 14 per 5 giorni alla settimana)**
- **Orario ridotto delle attività educative (7,30 – 12 per 5 giorni alla settimana)**
- **Orario prolungato (7,30 – 16 con servizio Nanna)**

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 _____