FONDAZIONE PAOLO VI
SCUOLA DELL'INFANZIA GUANZATE

DOMANDA DI ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA
A.S. 2026/2027

N. PROTOCOLLO:
DATA:

CON LA PRESENTE DOMANDA I SOTTOSCRITTI CHIEDONO L'ISCRIZIONE PRESSO LA VOSTRA SCUOLA DELL'INFANZIA DEL PROPRIO FIGLIO/A,

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A

Cognome: Nome:

Cod. Fiscale: Cittadinanza:

Nato a: il:

Residente a: Via:

Altro:

In regola con gli obblighi vaccinali, esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni di cui alla legge n.119/2017 Si No

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

Cognome: Nome:

Cod. Fiscale: Cittadinanza:

Nato a: il:

Residente a
(indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a): Via:

Telefono: e-mail

Altri recapiti telefonici:

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)

Cognome: Nome:

Cod. Fiscale: Cittadinanza:

Nato a: il:

Residente a
(indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a): Via:

Telefono: e-mail

Altri recapiti telefonici:

DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE - CONVIVENTI

COGNOME E NOME:		NATO A:		IL:	
COGNOME E NOME:		NATO A:		IL:	
COGNOME E NOME:		NATO A:		IL:	
COGNOME E NOME:		NATO A:		IL:	
COGNOME E NOME:		NATO A:		IL:	

SERVIZIO PRE – POST SCUOLA

- **IL SERVIZIO DEL PRE-DOPO SCUOLA VERRA' EFFETTUATO CON L'INIZIO DELL'ANNO SCOLASTICO**
- **PER I NUOVI ISCRITTI INIZIERA' DOPO LE 2 SETTIMANE DI INSERIMENTO**

PRE-SCUOLA:	dalle ore	**7,30**	alle ore	**8,50**	SI		NO
POST-SCUOLA:	dalle ore	**16,00**	alle ore	**17,30**	SI		NO

DIETE ALIMENTARI

NEL CASO DI ALLERGIE O INTOLLERANZE DEVE ESSERE ALLEGATO IL CERTIFICATO MEDICO.
IL CERTIFICATO NON E' RICHIESTO PER MOTIVAZIONI RELIGIOSE

ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI/	SI	NO
DIETE SPECIALI PER MOTIVAZIONI RELIGIOSE	SI	NO

SPECIFICHE:

MODALITA' DI PAGAMENTO RICHIESTA

BONIFICO BANCARIO	.		
SDD (ADDEBITO IN BANCA)		IBAN	

GENITORE A CUI INTESTARE RICEVUTE (OBBLIGATORIO)	

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

IN QUALITA' DI PADRE/MADRE/TUTORE:

- ❑ Dichiara di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 D.LGS 196/03 e dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate.
- ❑ Dichiara di essere consapevole delle finalità educative della scuola e di accettare le norme indicate nell'estratto POF e regolamento (consultabile sul nostro sito)
- ❑ Dichiara di aver ricevuto copia del modulo I/02 riguardante gli aspetti amministrativi e si impegna ad accettarlo
- ❑ Dichiara di condividere e sottoscrivere il Patto di corresponsabilità educatica Scuola-famiglia.
- ❑ Autorizza l'insegnamento al minore della Religione Cattolica.
- ❑ Autorizza la partecipazione del minore alle uscite dalla struttura qualora, anche nella quotidianità scolastica, lo si ritenesse opportuno ai fini didattico educativi.
- ❑ Autorizza la psicopedagogista dott.ssa Arcobello Gabriella ad effettuare delle osservazioni sulla classe frequentata da nostro/a figlio/a in sua presenza come da informativa sul servizio di Consulenza pedagogica presente nell'estratto PTOF
- ❑ Autorizza la ripresa del minore (foto /riprese video) durante feste scolastiche, laboratori e attività interne ai fini della documentazione. Alle immagini non sarà abbinata alcuna informazione di carattere personale. Lo scrivente non è responsabile per l'utilizzo che terzi potranno fare delle immagini pubblicate.
- ❑ Che i dati nel presente modulo di iscrizione assumono valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46-47-75-76 del D.P.R. 445/2000.

DA INVIARE ALLA MAIL DELLA SCUOLA fondazionepaolovi@gmail.com ENTRO il 30 gennaio 2026 UNITAMENTE ALLA CONTABILE DEL BONIFICO BANCARIO PER QUOTA DI ISCRIZIONE.

LE ISCRIZIONI PERVENUTE DOPO TALE DATA VERRANNO ACCETTATE CON RISERVA DI DISPONIBILITÀ POSTI ANCHE SE TRATTASI DI ALUNNI ATTUALMENTE FREQUENTANTI LA SCUOLA.

Firma del Padre (o tutore legale)		Firma della Madre (o tutrice legale)

CONSENSO AL TRATTAMENTO

(D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 - modificato dal D.Lgs. 10.08.2018, n. 101, Regolamento (UE) 2016/679.

Luogo e data _____

I sottoscritti _____

in qualità di _____

dell'alunno/a _____

A seguito dell'informativa fornitaci dichiariamo di averne letto il contenuto ed esprimiamo il consenso al trattamento dei dati necessari al perseguimento delle finalità espresse. In particolare, relativamente ai punti:

punto 3): trattamento e comunicazione di dati sensibili per le finalità dichiarate al punto 1), e negli ambiti descritti al punto 3, consapevole delle conseguenze di una eventuale negazione del consenso:

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

punto 6): vincoli religiosi o di altra natura

☐ allego richiesta

punto 7/c): conservazione del Fascicolo personale

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

punto 11): elenco delle persone autorizzate al ritiro, al termine dell'orario scolastico, del bambino:

Il presente elenco potrà essere aggiornato solo mediante comunicazione scritta e firmata da entrambi i genitori. (non sono ammesse cancellazioni, abrasioni, modifiche in corrispondenza dei nominativi delle persone autorizzate a prelevare il bambino/a all'uscita della scuola):

Cognome e Nome	N° carta di Identità	Grado di parentela	Recapito telefonico

Con la presente dichiarazione solleviamo la Scuola da ogni responsabilità civile per eventi dannosi.

Data:

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRFE O DI CHI NE FA LE VECI

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI