

SCUOLA DELL'INFANZIA DI CUGLIATE FABIASCO  
via Leonardo Da Vinci 2/b  
21030 Cugliate Fabiasco  
tel. e fax 0332 997121

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A.S. ....../.....**

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla scuola dell'infanzia di:

**DATI ANAGRAFICI DELL' ALUNNO/A**

COGNOME:  NOME:   
COD. FISC. :  CITTADINANZA ITALIANA: SI  NO   
NATO A:  IL:   
RESIDENTE A:  VIA:   
E' STATO SOTTOPOSTO ALLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE: SI  NO

**DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)**

COGNOME:  NOME:   
NATO A:  IL:   
RESIDENTE A:  VIA:   
COD. FISC. :  CITTADINANZA:   
RECAPITI TEL. :  E-MAIL:

**DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)**

COGNOME:  NOME:   
NATO A:  IL:   
RESIDENTE A:  VIA:   
COD. FISC. :  CITTADINANZA:   
RECAPITI TEL. :  E-MAIL:

**DATI ANAGRAFICI FRATELLI, SORELLE, CONVIVENTI**

COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A :	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A :	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A :	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A :	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A :	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A :	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>

**SONNELLINO obbligatorio per i bambini della sezione primavera**

**DIETE ALIMENTARI**

ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

SI

NO

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE:

## **RELIGIONE:**

CATTOLICA:

SI

NO

ALTRO:

VINCOLI ALIMENTARI

LEGATI ALLA RELIGIONE:

## **PEDIATRA:**

NOMINATIVO:

RECAPITO TEL.:

## **SERVIZIO PRE-POST SCUOLA:**

PRE-SCUOLA:

DALLE 8,00 ALLE 8,30

SI:

NO:

DOPO-SCUOLA:

DALLE 15,30 ALLE 17,00

SI:

NO:

## **CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI**

### **AMMISSIONE NEL CASO DI ESUBERO**

#### **a) BAMBINO/A RESIDENTE:**

FIGLIO DI GENITORI ENTRAMBI LAVORATORI

FRATELLI/SORELLE GIA' FREQUENTANTI QUESTA SCUOLA DELL'INFANZIA

#### **b) BAMBINO/A NON RESIDENTE:**

MA CON FRATELLI/SORELLE GIA' FREQUENTANTI QUESTA SCUOLA DELL'INFANZIA

CON NONNI RESIDENTI NEL COMUNE DI UBICAZIONE DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA

ALTRE MOTIVAZIONI:

**SI PRECISA CHE I BAMBINI PICCOLI (3 ANNI) VERRANNO INSERITI NELLE CLASSI A GRUPPETTI OGNI DUE GIORNI (ES. 1° GRUPPETTO IL LUNEDI' E IL 2° GRUPPETTO IL MERCOLEDI').**

DATA:

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI:

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE ODI CHI NE FA LE VECI:

QUOTA ISCRIZIONE € 90,00

PAGATO IL: \_\_\_\_\_

L'INCARICATO: \_\_\_\_\_