

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO**

Via Serenza 10/A – 22070 Capiago Intimiano CO
 tel. 031461447 – fax 031561408 – CF 80013500139
coic811002@istruzione.it coic811002@pec.istruzione.it www.icsci.edu.it

i.c.s.c.i.
 istituto comprensivo di capiago intimiano

A.S.
 2024/2025

MODULO DI ISCRIZIONE PER A.S.2024-2025

Scuola dell'Infanzia	Loris Malaguzzi - CAPIAGO	<input type="checkbox"/>
	Libico Maraja - MONTORFANO	<input type="checkbox"/>
	Don F. Confalonieri – SENNA COMASCO	<input type="checkbox"/>

Scuola Primaria	G. Rodari - INTIMIANO	<input type="checkbox"/>
	G. Verdi - CAPIAGO	<input type="checkbox"/>
	G. Paolo II - MONTORFANO	<input type="checkbox"/>
	S. Pertini - SENNA COMASCO	<input checked="" type="checkbox"/>

Scuola Secondaria 1° grado	A. Toscanini – CAPIAGO INTIMIANO	<input type="checkbox"/>
	S. Pertini - SENNA COMASCO	<input type="checkbox"/>

ALUNNO _____ CLASSE * _____

M F

* specificare la classe per la quale si richiede l'iscrizione

Scuola di provenienza	<input type="checkbox"/> Infanzia <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secondaria 1° grado	di _____
-----------------------	--	----------

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA PRIMARIA

Il sottoscritto _____ Padre Madre Tutore
(Cognome e nome)

dell'alunno _____
(Cognome e nome)

dichiara di essere a conoscenza del **Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto e**

CHIEDE

l'iscrizione della/lo stessa/o alla **SCUOLA PRIMARIA STATALE "S. PERTINI" SEDE DI SENNA COMASCO**
per l'anno scolastico **2024/2025**.

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità
cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che

- l'alunna/o _____ C.F. _____
(Cognome e nome) (Codice Fiscale) **da riportare obbligatoriamente**
- è nata/o a _____ il _____
- è cittadina/o Italiano altro (indicare quale) _____ (*)
- è residente a _____ (prov. _____) Via/Piazza _____
- con entrambi i genitori con il padre con la madre
- telefono _____ e-mail _____ e-mail _____
- proviene dalla Scuola _____ ove ha frequentato per n. anni _____
- ha frequentato la Scuola dell'Infanzia si no
- è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie si no

(*) in caso di cittadinanza straniera:

- data di arrivo in Italia _____ prima del compimento dei 6 anni si no
- lingua parlata _____
- comprende la lingua italiana si no

_____ li _____

_____ **Firma di autocertificazione di entrambi i genitori**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196) e di aver ricevuto la relativa informativa.

Data _____

Firma dei genitori: _____

SCELTA DEL TEMPO SCUOLA E DEI SERVIZI

Alunno _____

SCUOLA PRIMARIA STATALE, sede di SENNA COMASCO

La/Il sottoscritto/a, tenuto conto delle opportunità educative offerte dalla scuola e *fatte salve eventuali condizioni ostative che potrebbero non permettere la piena accettazione delle richieste*, chiede la frequenza dell'alunno/a alle attività/insegnamenti offerti dalla scuola, effettuando le seguenti scelte:

	Tempo scuola N° ore settimanali	Organizzazione oraria
<input type="checkbox"/>	28 ore - settimana corta <i>escluso il tempo mensa</i>	Da lunedì a venerdì: 8.30 – 12.30 Lunedì – giovedì: 13.55 – 15.55

La/Il sottoscritto/a è consapevole dell'obbligo della frequenza delle suddette attività/insegnamenti, una volta esercitata la scelta.

Data: _____

FIRMA DEL PADRE: _____

FIRMA DELLA MADRE: _____

La/Il sottoscritto/a chiede che la/il propria/o figlia/o sia iscritta/o ai sotto elencati **servizi** che l'Amministrazione Comunale (1) organizza a pagamento, d'intesa con la scuola:

- ⇒ **servizio di accoglienza anticipata** **si** **no**
- ⇒ **servizio di trasporto con scuolabus comunale** (solo per i residenti) **si** **no**
- ⇒ **servizio mensa** **si** **no**

FIRMA DEI GENITORI: _____

- (1) L'indicazione nel presente modulo non costituisce vincolo per l'Amministrazione Comunale. Pertanto l'iscrizione ai vari servizi dovrà essere confermata presso gli uffici comunali competenti quando verrà richiesto. L'erogazione del servizio sarà subordinata alle condizioni oggettive che si saranno verificate.

Eventuali segnalazioni dei genitori

- _____
- _____



ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO

Via Serenza, 10/A – 22070 CAPIAGO INTIMIANO CO

tel. 031461447 – CF 80013500139

coic811002@istruzione.it coic811002@pec.istruzione.it www.icsci.edu.it

i.c.s.c.i.
Istituto comprensivo di capiago intimiano

A.S.
2024/2025

SCUOLA PRIMARIA “S. PERTINI” – SENNA COMASCO

FOGLIO NOTIZIE

ALUNNO

Cognome e nome	Classe	Indirizzo	N° telefono

GENITORI

PADRE:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	N° cellulare	POSTA ELETTRONICA
	nato a		
	il		
CAMPO NON OBBLIGATORIO	titolo di studio		professione

MADRE:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	N° cellulare	POSTA ELETTRONICA
	nato a		
	il		
CAMPO NON OBBLIGATORIO	titolo di studio		professione

RECAPITO TELEFONICO DI PARENTI O PERSONE DI FIDUCIA AI QUALI RIVOLGERSI IN CASO DI IMPOSSIBILITA' A RINTRACCIARE I GENITORI

Cognome e nome	Tipo di rapporto	N° telefonico fisso	N° cellulare

FRATELLI / SORELLE CHE FREQUENTANO PRESSO QUESTO ISTITUTO COMPRENSIVO:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Classe	Plesso