



ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO

Piazza IV Novembre – 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**

MODULO DI ISCRIZIONE PER A.S. 2024-2025

Scuola dell'Infanzia

Loris Malaguzzi - CAPIAGO

Libico Maraja - MONTORFANO

Don F. Confalonieri – SENNA COMASCO

Scuola Primaria

G. Rodari - INTIMIANO

G. Verdi - CAPIAGO

G. Paolo II - MONTORFANO

S. Pertini - SENNA COMASCO

Scuola Secondaria 1° grado

A. Toscanini – CAPIAGO INTIMIANO

S. Pertini - SENNA COMASCO

ALUNNO

CLASSE *

M F

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

Scuola di provenienza

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria 1° grado

di _____

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA SECONDARIA

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 SECONDARIA STATALE "A. TOSCANINI" SEDE DI CAPIAGO**
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 SECONDARIA STATALE, sede di CAPIAGO

La/Il sottoscritto/a, tenuto conto delle opportunità educative offerte dalla scuola, chiede la frequenza dell'alunno/a alle attività/insegnamenti offerti dalla scuola che prevede il seguente modulo orario:		
	Tempo scuola	Organizzazione oraria
<input type="checkbox"/>	30 ore obbligatorie	Da lunedì a venerdì: 8.00 – 14.00

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 trasporto con scuolabus comunale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<i>FIRMA DEI GENITORI:</i> _____	
(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/richieste dei genitori (non vincolanti per la formazione delle classi)

- _____
- _____
- _____



ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO

Via Serenza, 10A – 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 SECONDARIA DI 1° STATALE “A. TOSCANINI”
CAPIAGO INTIMIANO**

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