

**ISTITUTO COMPRESIVO DI CAPIAGO INTIMIANO**Via Serenza 10/A – 22070 Capiago Intimiano CO
tel. 031461447 – CF 80013500139coic811002@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 Giovanni 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 DELL'INFANZIA

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**, di aver ricevuto l'**Informativa sul trattamento dei dati personali** e

CHIEDE

l'iscrizione della/lo stessa/o alla **SCUOLA DELL'INFANZIA STATALE "DON FRANCO CONFALONIERI" 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 _____
- vive con entrambi i genitori con il padre con la madre
- eventuale domicilio, diverso dalla residenza _____
- telefono _____

- proviene dalla Scuola _____ ove ha frequentato per n. anni _____
- ha frequentato la Scuola dell'Infanzia sì no
è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie sì no

Si ricorda la mancata regolarizzazione della situazione vaccinale dei minori comporta la decadenza dall'iscrizione alla scuola dell'infanzia, secondo quanto previsto dall'art.3 bis, comma 5, del decreto legge 7 giugno 2017, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n.119.

(*) in caso di cittadinanza straniera:

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

_____ li _____

FIRMA DEL PADRE: _____ **FIRMA DELLA MADRE:** _____

I sottoscritti

▪ dichiarano di essere consapevoli 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.

Firma dei genitori: _____

▪ autorizzano la pubblicazione sul sito web e su altri supporti prodotti dall'istituto di foto collettive relative ad attività svolte.

Firma dei genitori: _____

▪ autorizzano la scuola a trasmettere ai rappresentanti dei genitori eletti il seguente recapito di posta elettronica per ricevere comunicazioni:

_____ @ _____

Data _____

Firma dei genitori: _____

FOGLIO DELLE OPZIONI INDIVIDUALI

Alunno _____

SCUOLA DELL'INFANZIA STATALE, sede di SENNA COMASCO

Modulo per l'esercizio di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della RELIGIONE CATTOLICA per l'anno scolastico 2024/2025

Premesso che lo Stato assicura l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole di ogni ordine e grado in conformità all'accordo che apporta modifiche al Concordato Lateranense (art. 92) il presente modulo costituisce richiesta dell'autorità scolastica in ordine all'esercizio del diritto di scegliere se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica. La scelta operata all'atto dell'iscrizione ha effetto per l'intero ciclo scolastico cui si riferisce.

- Scelta di avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica
- Scelta di non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica

(la scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa)

FIRMA DEL PADRE: _____ FIRMA DELLA MADRE: _____

Per gli anni scolastici successivi l'eventuale modifica della scelta operata potrà essere effettuata tramite comunicazione scritta al Dirigente Scolastico entro i termini previsti per le iscrizioni.

TEMPO SCUOLA E SERVIZI

La scuola funziona secondo il seguente tempo scuola

40 ore settimanali con refezione dalle ore 8.00 alle ore 16.00 dal lunedì al venerdì

 1 sottoscritt__ inoltre, sulla base delle opportunità educative ed organizzative offerte dalla scuola e fissate dal Consiglio di Istituto per venire incontro ad eventuali esigenze di famiglia, chiede che 1 propri figli__ sia iscritto/a ai sotto elencati **servizi*** che l'**Amministrazione Comunale** organizza a pagamento, d'intesa con la scuola:

- servizio di trasporto con scuolabus comunale (solo per i residenti)
- servizio mensa

** 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 altre richieste o segnalazioni:

DATA: _____

FIRMA DEL PADRE: _____ FIRMA DELLA MADRE: _____

**ISTITUTO COMPRESIVO 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 IntimianoA.S.
2024/2025**SCUOLA DELL'INFANZIA "DON FRANCO CONFALONIERI"
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 COMPRESIVO:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Classe	Plesso