

SCHEDA DI ISCRIZIONE BAMBINO/A

Cognome	Nome			
Italia ☐ Estero ☐				
Stato di nascita	Comune di nascita (Stato se nato all'estero)		Provincia di nascita	
____ / ____ / ____	M ☐ F ☐	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Data di Nascita	Sesso	Codice Fiscale (scrivere leggibile)		
Cittadinanza	Seconda Cittadinanza			
Residenza Via/P.zza/etc.....				
Comune	Frazione	Provincia	CAP	

TELEFONI/E-MAIL

Mamma cellulare	
Papà cellulare	
Mamma lavoro	
Nonni	
Altri	

E-MAIL @ (indicare una sola – solo in caso di genitori separati indicarne una per il padre e una per la madre)

scrivere in stampatello)

SITUAZIONE FAMILIARE (Coniugati, conviventi, genitore unico, etc.)

PADRE

Cognome	Nome
Italia ☐ Estero ☐	
Stato di nascita	Comune di nascita (Stato se nato all'estero)
	Provincia di nascita
____ / ____ / ____	M ☐ F ☐
Data di Nascita	Sesso

Cittadinanza	Codice Fiscale (scrivere leggibile)
	SI ☐ NO ☐
	delega al ritiro

MADRE

Cognome	Nome
Italia ☐ Estero ☐	
Stato di nascita	Comune di nascita (Stato se nato all'estero)
	Provincia di nascita
/ /	M ☐ F ☐
Data di Nascita	Sesso
	Codice Fiscale (scrivere leggibile)
	SI ☐ NO ☐
Cittadinanza	delega al ritiro

Per obbligo invio flussi all'agenzia entrate, indicare da chi sarà presentata la dichiarazione annuale pagamento rette allegata al Modello 730

Pagamento effettuato da: padre in percentuale di madre in percentuale di

Lingue parlate e comprese dai genitori con cittadinanza NON italiana (es. arabo, punjabi, inglese, francese, etc.)

NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (ESCLUSI PADRE, MADRE, BAMBINO DA ISCRIVERE)

Cognome	Nome	Data di nascita	Ruolo (fratello, nonni, zii...)
Cognome	Nome	Data di nascita	Ruolo (fratello, nonni, zii...)
Cognome	Nome	Data di nascita	Ruolo (fratello, nonni, zii...)
Cognome	Nome	Data di nascita	Ruolo (fratello, nonni, zii...)

SITUAZIONE SANITARIA

8 0 3 8 0 0 0 0 3 | | | | | | | | | | | | | |

N. Tessera Sanitaria

SI ☐ NO ☐
Disabile

(Come richiesto dalla legge, la scuola trasmetterà alle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti, che effettueranno la verifica in materia di obblighi vaccinali, l'elenco degli iscritti)

ALLERGIE E PATOLOGIE

Allergie Alimentari

Allergie non alimentari e altre patologie

RELIGIONE

SI ☐ NO ☐
(Cattolico, ateo, musulmano, etc.) Per motivi etico/religiosi deve seguire una dieta? Se SI, quale?

ASILO NIDO

SI ☐ NO ☐
Se SI, quale?

SERVIZIO ORARIO ANTICIPO/POSTICIPO **IN TEMPO NO COVID**

☐ Ore 7.30 ☐ Ore 16.30 ☐ Ore 17.30 ☐ Ore 18.00 ☐ Nessuno

SERVIZIO ORARIO ANTICIPO/POSTICIPO **SE ANCORA IN TEMPO COVID**

☐ Ore 7.30 ☐ Ore 17.00 ☐ Nessuno

NOTA BENE: Il servizio sarà attivato **SOLO** al raggiungimento di minimo 3 iscritti per fascia oraria.