



ISCRIZIONE ALLA SCUOLA dell'INFANZIA

Anno scolastico.....

__ I __ sottoscritt__ /
Cognome nome
padre - madre - tutore

dell'alunno/a / M - F
Cognome nome

Nato/a a _____ il _____

Cittadinanza _____ C.F. _____

Residente a _____ via _____

Tel. _____ E.Mail _____

ch i e d e

l'iscrizione dell__ stess__ per 40 ore settimanali alla scuola dell'infanzia di

- Milano due**
- Redecesio**

consapevole dei vincoli organizzativi esistenti che non permettono l'accettazione piena di tutte le richieste e preso atto dei criteri fissati dal Consiglio di Istituto (esposti all'Albo e pubblicati sul sito della Scuola)

chiede altresì

- di avvalersi dell'anticipo (**per i nati entro il 30 aprile dell'anno prossimo**) subordinatamente alla disponibilità di posti e alla precedenza dei nati **che compiono tre anni entro il 31 dicembre di quest'anno.**
- L'iscrizione alla sezione sperimentale a indirizzo Montessori attivata presso la scuola dell'infanzia di Milano due** (Il numero di posti disponibili è comunicato annualmente)

Servizi Comunali

L'iscrizione al servizio mensa è obbligatorio e si effettua direttamente in Comune contattando il numero: **02/26902305**

Le informazioni e le indicazioni relative all'iscrizione ai servizi comunali di Prescuola, doposcuola e Mensa, verranno comunicate sul sito e tramite mail.

Uscite didattiche sul territorio comunale

__ I __ sottoscritt__ autorizza per tutti gli anni di frequenza presso la Scuola di codesto Istituto e fino a revoca motivata e scritta, la partecipazione del__ propri__ figli__ alle uscite didattiche sul territorio comunale, con o senza utilizzo di mezzo di trasporto e previste dal progetto educativo di classe, sollevando la Scuola da ogni responsabilità per eventuali incidenti in itinere non riconducibili al dovere di vigilanza costante dei docenti e sapendo che ogni rischio è coperto da assicurazione.

Comunicazioni aggiuntive (es. fratelli frequentanti)

Segrate, _____



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"
Via Fratelli Cervi – 20090 Segrate (Milano)
Tel. 02 264 11 001 – fax 02 2640691 -
e- mail segreteria@scuolasabin.it http// www. lcsabin.gov.it
cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



ISCRIZIONE ALLA SCUOLA dell'INFANZIA

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Il sottoscritt in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, rilascia le seguenti dichiarazioni:

Composizione nucleo familiare

Parentela	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Cittadinanza	Codice fiscale
Padre				
Madre				
Figlio/a				
Figlio/a				
Figlio/a				

L'alunno ha frequentato l'asilo nido/scuola Infanzia _____

di _____ per n° anni _____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Il nucleo familiare è domiciliato in _____

Via _____ n° _____

Attività lavorative e reperibilità dei genitori o di persone dagli stessi delegate

Padre - professione _____ Tel. lavoro _____

Madre - professione _____ Tel. lavoro _____

Altri – cognome e nome _____

Parentela _____ luogo _____ Tel. _____

Il /la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. n°196/2003 e Regolamento ministeriale n°305/2006).

Segrate, _____

Firma di autocertificazione del genitore o di chi ne fa le veci
(da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola)



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"
Via Fratelli Cervi – 20090 Segrate (Milano)
Tel. 02 264 11 001 – fax 02 2640691 -
e- mail segreteria@scuolasabin.it http// www. lcsabin.gov.it
cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



ISCRIZIONE ALLA SCUOLA dell'INFANZIA

MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCEGLIERE SE AVVALERSI O NON AVVALERSI DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

ALUNNO/A _____

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. 9.2) 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 anno scolastico cui si riferisce e per i successivi anni di corso in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, compresi quindi gli istituti comprensivi, fermo restando, anche nelle modalità di applicazione, il diritto di scegliere ogni anno se avvalersi o non avvalersi dell'insegnamento della religione cattolica.

La scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Scelta di AVVALERSI dell'insegnamento della Religione Cattolica |
| <input type="checkbox"/> Scelta di NON AVVALERSI dell'insegnamento della Religione Cattolica |

Art. 9 n. 2 dell'Accordo, con protocollo addizionale, tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede firmato il 18 febbraio 1984, ratificato con la legge 25 marzo 1985, n. 121, che apporta modificazioni al Concordato Lateranense dell'11 febbraio 1929:

"La Repubblica Italiana, riconoscendo il valore della cultura religiosa e tenendo conto che i principi del cattolicesimo fanno parte del patrimonio storico del popolo italiano, continuerà ad assicurare, nel quadro delle finalità della scuola l'insegnamento della religione cattolica nelle scuole pubbliche non universitarie di ogni ordine e grado. Nel rispetto della libertà di coscienza e della responsabilità educativa dei genitori, è garantito a ciascuno il diritto di scegliere se avvalersi non avvalersi di detto insegnamento. All'atto dell'iscrizione gli studenti o i loro genitori eserciteranno tale diritto, su richiesta dell'autorità scolastica, senza che la loro scelta possa dar luogo ad alcuna forma di discriminazione".

Segrate, _____

_____ Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Gli alunni che scelgono di **NON AVVALERSI** dell'insegnamento della Religione Cattolica, svolgeranno attività didattiche e formative che verranno illustrate, nelle modalità e contenuti, nel corso della prima assemblea di sezione.



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"
Via Fratelli Cervi – 20090 Segrate (Milano)
Tel. 02 264 11 001 – fax 02 2640691 -
e- mail segreteria@scuolasabin.it http// www. lcsabin.gov.it
cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L



ISCRIZIONE ALLA SCUOLA dell'INFANZIA

Le richieste di informazioni sono finalizzate esclusivamente all'accoglimento delle domande di iscrizione o all'attribuzione di eventuali precedenza o punteggi nelle graduatorie/liste di attesa definite con delibera del Consiglio di istituto n.9 del 28/11/2013 (gg/mm/aaaa)

I criteri di accoglienza sono visibili sul sito www.icsabin.gov.it, alla pagina Iscrizioni

Io sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Desidera comunicare in via riservata le seguenti notizie:

<p>L'alunno/a è in carico:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ai servizi sociali<input type="radio"/> al tribunale dei minori<input type="radio"/> ad uno specialista: _____ _____<input type="radio"/> altro _____ _____	<p>L'alunno/a soffre di:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> disturbi visivi<input type="radio"/> disturbi uditivi<input type="radio"/> disturbi motori<input type="radio"/> disturbi di linguaggio<input type="radio"/> altro: _____ _____
<p>L'alunno/a ha disabilità certificata</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì<input type="radio"/> No <p>L'alunno/a necessita di assistenza di base</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì<input type="radio"/> No	<p>L'alunno/a ha disturbi specifici di apprendimento (DSA)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sì<input type="radio"/> No
<p>Abitudini alimentari dell'alunno/a:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> dieta musulmana<input type="radio"/> dieta allergica<input type="radio"/> dieta vegetariana<input type="radio"/> altro _____	<p>Altre segnalazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

N.B.: è possibile allegare documentazione riservata in busta chiusa indirizzata al Dirigente.

Il /la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente comunicazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. n° 196/2003)

Segrate, _____

Firma del genitore o di chi ne fa le veci



ISCRIZIONE ALLA SCUOLA dell'INFANZIA Liberatoria

COGNOME NOME ALUNNO.....

Ai sensi del GDPR 2016/679, dichiaro di aver preso visione dell' Informativa Privacy – Alunni e famiglie inserita nel sito dell'I.C. Sabin alla voce Sicurezza – Privacy e acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità di cui al punto 2.1.

Data **Firma leggibile del soggetto esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno**

.....

Per le finalità di cui al punto 2.2:

Comunicazione dei dati ai responsabili del servizio mensa per la finalità di fruizione dello stesso;

Accenso al trattamento dei dati **Non Accenso al trattamento dei dati**

Comunicazione dei dati agli Istituti assicurativi in caso di risarcimento danni;

Accenso al trattamento dei dati **Non Accenso al trattamento dei dati**

Comunicazione dei dati ad agenzie di viaggio e/o strutture alberghiere e/o attività integrative per la finalità di gite scolastiche e viaggi di istruzione;

Accenso al trattamento dei dati **Non Accenso al trattamento dei dati**

Comunicazione dei dati per l'assegnazione di un tesserino di riconoscimento in occasione di uscite didattiche;

Accenso al trattamento dei dati **Non Accenso al trattamento dei dati**

Per le ulteriori finalità di cui al punto 2.3:

Utilizzo delle immagini dell'alunno per le foto di classe;

Accenso al trattamento dei dati **Non Accenso al trattamento dei dati**

Esposizione all'interno dei locali scolastici di fotografie dell'alunno o utilizzo di riprese audiovisive per attività didattica e/o progetti ad essa collegati;

Accenso al trattamento dei dati **Non Accenso al trattamento dei dati**

Pubblicazione di fotografie degli alunni sui giornali locali;

Accenso al trattamento dei dati **Non Accenso al trattamento dei dati**

Pubblicazione di fotografie degli alunni sul sito web scolastico;

Accenso al trattamento dei dati **Non Accenso al trattamento dei dati**

Questo consenso dovrà ritenersi valido fino a mie eventuale revoca.

Data **Firma leggibile del soggetto esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno**

.....



ISCRIZIONE ALLA SCUOLA dell'INFANZIA

Autodichiarazione Vaccinazioni

Entro il 30 giugno dovrà essere prodotto documento attestante le avvenute vaccinazioni obbligatorie. (certificato ATS o fotocopia libretto vaccinazioni)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ () il _____
(luogo)(prov.)
residente a _____ ()
(luogo)(prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci,
in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. ____ del _____, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che _____ nato/a a _____ () il _____
(cognome e nome dell'alunno/a) (luogo)(prov.)

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito¹:

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

(luogo, data)

Il Dichiarante
