



Al Presidente della Scuola dell'Infanzia paritaria

“SAN GIUSEPPE”

Via Indipendenza n. 5 22063 – CANTU’- (CO) TEL 031712533

Mail: msgiuseppe@cracantu.it

segreteria@scuolainfanziacantuasnago.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE - a.s. 2026/ 2027

Con la presente domanda i sottoscritti chiedono l'iscrizione alla Sezione Primavera di:

DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO/A

COGNOME:	<input type="text"/>	NOME:	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE:	<input type="text"/>	CITTADINANZA ITALIANA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>	
RESIDENTE A:	<input type="text"/>	VIA:	<input type="text"/>	
ALTRO:	<input type="text"/>			
SOTTOPOSTO A VACCINAZIONE OBBLIGATORIA:			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DATI ANAGRAFICI DEL PADRE (o tutore legale)

COGNOME:	<input type="text"/>	NOME:	<input type="text"/>	
NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>	
RESIDENTE A (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a):	<input type="text"/>	VIA:	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE:	<input type="text"/>	E-MAIL:	<input type="text"/>	
Recapiti telefonici:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATI ANAGRAFICI DELLA MADRE (o tutrice legale)

COGNOME:	<input type="text"/>	NOME:	<input type="text"/>	
NATA A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>	
RESIDENTE A (indicare solo se diversa da quella dell'alunno/a):	<input type="text"/>	VIA:	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE:	<input type="text"/>	E-MAIL:	<input type="text"/>	
Recapiti telefonici:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATI ANAGRAFICI FRATELLI – SORELLE - CONVIVENTI

COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
COGNOME E NOME:	<input type="text"/>	NATO A:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>

SERVIZIO PRE – POST SCUOLA

PRE-SCUOLA:	dalle ore <input type="text"/>	alle ore <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
POST-SCUOLA:	dalle ore <input type="text"/>	alle ore <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DIETE ALIMENTARI

ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE:		

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

IN QUALITA' DI PADRE/MADRE/TUTORE:

- ☐ Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 D.LGS 196/03 e dà il proprio consenso ai trattamenti, con particolare riferimento alla possibilità di trattare i dati sensibili, per le finalità e con le modalità dichiarate.
- ☐ Dichiaro di essere consapevole delle finalità educative (P.E. e P.T.O.F.) della vostra scuola paritaria - compreso l'Insegnamento della Religione Cattolica (I.R.C.) - e di aver ricevuto e accettato il Regolamento Interno *(ove approvato)*.
- ☐ Dichiaro di condividere e sottoscrivere il Patto di corresponsabilità educativa Scuola-Famiglia.
- ☐ Autorizzo la partecipazione del minore alle uscite didattiche.
- ☐ Autorizzo la ripresa del minore (foto /riprese video) finalizzate alla produzione di DVD e/o attività promozionali in genere per finalità istituzionali.
- ☐ Che i dati riportati nel presente modulo di iscrizione assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R 445/2000.

DATA:

FIRMA LEGGIBILE DEL PADRE O DI CHI NE FA LE VECI

FIRMA LEGGIBILE DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI