

ASILO INFANTILE "BONAFIDE"

Corso Italia n. 4

10019

STRAMBINO

Tel : ++39 - 0125 713305

E-mail : asilobonafide@libero.it

RICHIESTA D'ISCRIZIONE

Alla Scuola dell'Infanzia Paritaria "BONAFIDE :

Il/La sottoscritto/a :

_____ (Cognome e Nome)

padre

madre

tutore

(barrare la voce interessata)

Codice Fiscale del richiedente : _____

nel dichiarare di accettare e collaborare alla realizzazione del progetto educativo e cristiano della Scuola , come previsto dal Regolamento Unitario delle Scuole Materne aderenti alla F.I.S.M e consapevole delle responsabilità cui va incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere :

CHIEDE

l' iscrizione presso questa Scuola dell'Infanzia per l'anno scolastico _____

del/della bambino/a :

_____ (Cognome e Nome)

Nato/a a :

Il :

Residente a :

Prov. :

Via/Corso :

Nr.civico :

Cittadinanza :

Codice Fiscale :

DICHIARA

Che non è stata presentata domanda di iscrizione presso altre Scuole: SI NO
(se la risposta è SI indicare denominazione e indirizzo della Scuola)

Trattasi di trasferimento da altra Scuola ? : SI NO
(se la risposta è SI indicare denominazione e indirizzo della Scuola di provenienza)

Il/la bambino/a proviene dal Nido ? : SI NO
(se la risposta è SI indicare denominazione e indirizzo del Nido di provenienza)

Il/la bambino/a è in situazione di deficit ? : SI NO
(se la risposta è SI è presentare certificati di specialisti che attestino la tipologia e la gravità del disturbo)
(I documenti vanno consegnati in busta chiusa)

Il/la bambino/a presenta situazioni sanitarie particolari ? : SI NO
(se la risposta è SI è presentare certificato medico in busta chiusa)

La Famiglia è seguita dai Servizi Sociali ? : SI NO

Nominativo dell' Assistente sociale : _____

Servizio in cui opera : _____

Indirizzo e telefono : _____

QUOTA DI ISCRIZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO : 20,00 € (VENTI/00)

QUOTA ASSOCIATIVA ENTE ASILO : 15,00 € (QUINDICI/00)

Firma (leggibile) : _____

Data : _____