

**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 : \_\_\_\_\_

e-mail 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 : \_\_\_\_\_