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 : 50,00 € (CINQUANTA/00)

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

Firma (leggibile) : _____

Data : _____