*AL DIRIGENTE SCOLASTICO*

*I.C. “L.DA VINCI”*

*L I M B I A T E*

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL’INFANZIA STATALE A.S. 2024/2025**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Padre □ Madre □ Tutore*  *(cognome e nome)*  *dell’alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Maschio □ Femmina*  *C H I E D E*  *l’iscrizione dell\_\_ stess\_\_ alla scuola dell’infanzia nel* ***plesso;***   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | *□* | *Andersen Via Turati* |  | *□* | *Don Milani*  *Via Missori (attivo nell’a.s. 2023/24 PRE-POST* |  |   *(segnare la casella del plesso scelto con una X)*  ***La scelta del Plesso non è vincolante.***  ***MODELLO SCUOLA RICHIESTO***  *II sottoscritto, tenuto conto delle opportunità educative offerte dalla scuola e fatte salve eventuali condizioni ostative che potrebbero non permettere la piena accettazione delle richieste CHIEDE:*  *(Barrare la voce che interessa)*  ***ORARIO FREQUENZA****:*   * ***Frequenza orario ordinario 40 ore settimanali*** *dalle ore 8,00 alle ore 16,00 da lunedì a venerdì* * ***Frequenza orario ridotto solo al mattino ( fino alle ore 13.00 dopo il pasto)***   ***Consapevole*** *che la domanda sarà accolta in applicazione di quanto contenuto nella C.M. n. 10 del 15/11/2016 e dei Criteri deliberati dal Consiglio di Istituto presenti sul sito* [*www.leolimbiate.edu.it*](http://www.leolimbiate.edu.it)  *A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell’attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in casi di dichiarazione non corrispondente al vero, che*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | *l’alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *CODICE FISCALE* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     *è nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *se nato all’Estero, in Italia da n° anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *è cittadino □ italiano □ altro (indicare quale Stato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *- è residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail (obbligatoria)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *SE DIVERSA:*  *residenza madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *residenza padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*   * Il bambino HA FREQUENTATO L’ASILO NIDO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *per n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anni scolastici.*  *- la propria famiglia convivente è composta da:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (parentela)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*   * *è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie SÌ □ NO □*   *Dichiara che n\_\_\_\_\_\_ figli frequentano questo Istituto Comprensivo nell’anno scolastico 2023-2024*  *Dichiara che n\_\_\_\_\_\_ figli frequenteranno questo Istituto Comprensivo nell’anno scolastico 2024-2025*   * *Che richiederà al Comune il servizio PRE SCUOLA ( 7.30-8.00)* * *Che richiederà al Comune il servizio POST SCUOLA (16.00-18.00)*   ***Il servizio di PRE e POST SCUOLA è stato attivato per l’anno scolastico*** *2023/24* ***solo presso il plesso***  ***“Don Milani” di via Cartesio.***   * *Dichiara di essere a conoscenza che l’iscrizione verrà cancellata dopo 30 giorni di assenza priva di giustifica scritta e dopo 2 mesi di assenza continuativi anche se giustificata.*   ***SCELTA DELL’INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA***  *l’alunn \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(COGNOME) (NOME)*  *□ si avvale dell’insegnamento della Religione Cattolica*  *□ non si avvale dell’insegnamento della Religione Cattolica.*  *Chi non si avvale dell’insegnamento della Religione Cattolica svolgerà Attività Didattiche alternative.*  *FIRMA dei genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**NOME COGNOME ALUNNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | NUMERI DI TELEFONO A CUI LA SCUOLA PUO’ FARE RIFERIMENTO | | | n. tel. abitazione |  | | n. tel. madre |  | | n. tel. padre |  | | n. tel. altri (specificare) |  |  |  | | --- | | Il sottoscritto dichiara che l’alunno deve assumere farmaci salva-vita 🞏 SI □ NO  Data ………….......... Firma dei genitori…………………………………………………………………..  In caso affermativo e necessario consegnare **tempestivamente** la richiesta, redatta sulla specifica modulistica corredata di certificazione medica, all’Ufficio di segreteria della scuola. |  |  | | --- | | **□ Verbale di accertamento + diagnosi funzionale alunni DVA**  **□ Visite specialistiche ( Es: Logopedista – Psicomotricista)** |  |  | | --- | | Il sottoscritto dichiara che: 🞏 non esistono □ esistono  sentenze del Tribunale (1), che regolamentano l’esercizio della potestà genitoriale.  Data ………….......... Firma dei genitori ……………………………………. …………………………….  Nota (1): Qualora la potestà genitoriale fosse regolamentata da sentenze del Tribunale**, i genitori sono tenuti a prendere contatto con il Dirigente Scolastico.** |  |  | | --- | | Il sottoscritto dichiara di assumersi la responsabilità della vigilanza del …. propri….figli……durante la permanenza nel plesso nelle giornate di scuola aperta ai genitori.  Data ………….......... Firma dei genitori ……………………………………. ……………………………. |  |  | | --- | | Il/la sottoscritto/a **DICHIARA** che, al termine dell’attività didattica:  ❑ l’alunna/o sarà prelevata/o dai genitori  ❑ l’alunna/o sarà prelevata/o dal signor/a ...………………………………………………………..………………………………  .……………………………………………..……………………………………………  Data………………. Firma dei genitori ……………………………………. ……………………………. | |

|  |
| --- |
| Il sottoscritto, presa visione delle regole che la scuola ritiene fondamentali per una corretta convivenza civile, sottoscrive, condividendone gli obbiettivi e gli impegni, il Patto Educativo di Corresponsabilità.  Data ……………… ………………………………………………  Firma del genitore esercente la potestà genitoriale |

|  |
| --- |
| Autorizzo ….l …. propri….. figli ……. a partecipare alle **uscite didattiche giornaliere** programmate che la classe nella quale è inserito effettuerà, sotto la guida dell’insegnante, nell’ambito del territorio comunale di Limbiate.  Data ………….......... Firma dei genitori ……………………………………. ……………………………. |

|  |
| --- |
| Il sottoscritto, presa visione delle regole che la scuola ritiene fondamentali per una corretta convivenza civile, sottoscrive, condividendone gli obiettivi e gli impegni, il PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITA’.  Data ………….......... Firma dei genitori ……………………………………. ……………………………. |

LA PRESENTE DICHIARAZIONE, VALIDA PER TUTTO IL PERIODO DI PERMANENZA NEL NOSTRO ISTITUTO, PUO’ ESSERE REVOCATA O INTEGRATA SOLO CON COMUNICAZIONE SCRITTA.

Data ………………………..………. Firma dei genitori Padre……………………………….

Madre………………………………

**DICHIARAZIONE DEI DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI**

**PADRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Luogo e data di nascita | Documento identità |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

CODICE FISCALE TELEFONO

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| INDIRIZZO E-MAIL : |

|  |
| --- |
| Firma per esteso |
|  |

**MADRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Luogo e data di nascita | Documento identità |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

CODICE FISCALE TELEFONO

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| INDIRIZZO E-MAIL: |

|  |
| --- |
| Firma per esteso |
|  |

**TUTORE LEGALE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome | | Luogo e data di nascita | Documento identità | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| INDIRIZZO E-MAIL: | | | |
| Firma per esteso | | | |
|  | | | |
|  | | | | |
| Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)  Limbiate , Firma dei genitori  Padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |