



Riservato alla segreteria

 Iscrizione BB /

SEPA

ISEE

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto _____ Cod. Fisc. _____
 nato a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____ in qualità di _____
 tel. _____ / cell. _____ e mail: _____

Il sottoscritto _____ Cod. Fisc. _____
 nato a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____ in qualità di _____
 tel. _____ / cell. _____ e mail: _____

CHIEDONO

L'iscrizione al Nido d'Infanzia "In cammino" per l'anno educativo 20____/20____

di _____ M F

con orario: Tempo pieno dalle ore _____ alle ore _____

Tempo parziale dalle ore _____ alle ore _____

FASCE MATTUTINE DI ACCESSO:

- A - dalle 7.30-8.00
 B - dalle 8.00 alle 8.30
 C - dalle 8.30 alle 9.00

FASCE POMERIDIANE DI USCITA (OLTRE 15.45-16.00):

- D - dalle 16.00 alle 16.30
 E - dalle 16.30 alle 17.00
 F - dalle 17.00 alle 17.30
 G - dalle 17.30 alle 18.00

A tal fine dichiarano, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevoli della responsabilità cui vanno incontro in caso di falsa dichiarazione, che il/la bambino/a:

è nato/a a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

è residente a _____ CAP _____ Prov. _____ in via _____

è cittadino: italiano altro (indicare quale) _____Codice Fiscale _____ Eseguito vaccinazioni obbligatorie: si no

stesso nucleo familiare con frequenza: nido sezione primavera scuola infanziache la
 propria famiglia è composta da:

(cognome e nome)

(data e luogo di nascita)

(parentela)

Villa di Serio, _____ / _____ / _____

Firma _____

Firma _____

- I dati riportati nel presente modulo assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 che, oltre a comportare la decadenza dai benefici, prevedono conseguenze di carattere amministrativo e penale per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità.
- L'iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. A tal fine, in osservanza delle disposizioni del codice civile, si richiede la firma di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale.

Si allega copia contabile di versamento sul c/c intestato a Scuola Materna Comm. P. e M. Cavalli della Banca CREDIT AGRICOLE -CARIPARMA di Alzano Lombardo (ABI 6230 CAB 52520 IBAN: IT23H0623052520000035315425) pari a Euro 120.00, quale quota di iscrizione e contributo

**Riservato alla segreteria****Iscrizione** **BB /****SEPA****ISEE****RINNOVO DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Il sottoscritto _____ Cod. Fisc. _____
 nato a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____ in qualità di _____
 tel. _____ / cell. _____ e mail: _____

La sottoscritta _____ Cod. Fisc. _____ nata a _____
 _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____ in qualità di _____
 tel. _____ / cell. _____ e mail: _____

CHIEDONO

L'iscrizione al Nido d'Infanzia "In cammino" per l'anno educativo 20____/20____

di _____ M F

con orario: Tempo pieno dalle ore _____ alle ore _____

Tempo parziale dalle ore _____ alle ore _____

FASCE MATTUTINE DI ACCESSO:

- A - dalle 7.30-8.00
 B - dalle 8.00 alle 8.30
 C - dalle 8.30 alle 9.00

FASCE POMERIDIANE (OLTRE 15.45-16.00):

- D - dalle 16.00 alle 16.30
 E - dalle 16.30 alle 17.00
 F - dalle 17.00 alle 17.30
 G - dalle 17.30 alle 18.00

A tal fine dichiarano, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevoli della responsabilità cui vanno incontro in caso di falsa dichiarazione, che il/la bambino/a:

è nato/a a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

è residente a _____ CAP _____ Prov. _____ in via _____

è cittadino: italiano altro (indicare quale) _____

Codice Fiscale _____ Eseguito vaccinazioni obbligatorie: si no

stesso nucleo familiare con frequenza: nido sezione primavera scuola infanziache la
 propria famiglia è composta da:

(cognome e nome)

(data e luogo di nascita)

(parentela)

Villa di Serio, _____ / _____ / _____

Firma _____

Firma _____

- I dati riportati nel presente modulo assumono il valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 che, oltre a comportare la decadenza dai benefici, prevedono conseguenze di carattere amministrativo e penale per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità.**
- L'iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. A tal fine, in osservanza delle disposizioni del codice civile, si richiede la firma di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale.**

Si allega copia contabile di versamento sul c/c intestato a Scuola Materna Comm. P. e M. Cavalli della Banca CREDIT AGRICOLE -CARIPARMA di Alzano Lombardo (ABI 6230 CAB 52520 IBAN: IT23H0623052520000035315425) pari a Euro 120,00, quale quota di iscrizione e contributo spese.



SCUOLA MATERNA COMM. PIERO E MATILDE CAVALLI ETS
Scuola Paritaria prot. 3088/230 del 05/06/01
Via A. Locatelli n.10 – 24020 – Villa di Serio – Bg
Telefono: 035/661260 – Fax: 035/658850
e-mail: scuolainfanzavilladiserio@virgilio.it
C.F. 80027650169 – P. IVA. 02141310165
info@scuolainfanzavilladiserio.it

DOMANDA DI RIDUZIONE DELLA RETTA

Il sottoscritto _____ Cod. Fisc. _____

nato a _____ Prov. _____ il ____/____/_____ in qualità di _____

La sottoscritta _____ Cod. Fisc. _____

nata a _____ Prov. _____ il ____/____/_____ in qualità di _____

del bambino/a: _____

CHIEDONO

la riduzione della retta di frequenza all’Asilo nido “*In cammino*”.

A tal fine si allega la certificazione ISEE rilasciata da:

- INPS
- CAAF
- Comune

indicante l’indicatore ISEE relativo.

Villa di Serio, ____/____/_____

Firma _____

Firma _____



SCUOLA MATERNA COMM. PIERO E MATILDE CAVALLI ETS
 Scuola Paritaria prot. 3088/230 del 05/06/01
 Via A. Locatelli n.10 – 24020 – Villa di Serio – Bg
 Telefono: 035/661260 – Fax: 035/658850
 e-mail: scuolainfanziavilladiserio@virgilio.it
 C.F. 80027650169 – P. IVA. 02141310165
 info@scuolainfanziavilladiserio.it

DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO

Ai genitori del bambino/a _____

frequentante l'asilo nido "In cammino" _____ di _____

in applicazione del **DGR 30 settembre 2004-VII/18853**: "Sorveglianza, notifica, controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia", viene disposto l'allontanamento cautelativo dalla frequenza della collettività in quanto il bambino/a presenta i seguenti sintomi:

La riammissione a Scuola potrà avvenire previa presentazione di **autocertificazione dei genitori/tutori** in cui si dichiari che il proprio figlio/a, visitato dal medico curante, può essere riammesso in comunità.

Villa di Serio, ____ / ____ / _____

L'educatrice _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE*

(Art.46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

I sottoscritti _____

dichiarano, come da Vostra richiesta, di aver accompagnato il proprio figlio/a _____ in
 data ____ / ____ / _____ dal medico curante Dr./Dott.ssa _____

In base alla valutazione del medico curante, dichiarano che il proprio figlio/a può riprendere la frequenza a partire dal giorno ____ / ____ / _____

***Consapevole della sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate del DPR 445 del 28 dicembre 2000.**

Villa di Serio, ____ / ____ / _____

Firma _____

Firma _____

**AUTOCERTIFICAZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA E REPERIBILITÀ****DATI
PADRE – TUTORE**

Cognome nome _____

Residente a _____

Via _____

Luogo nascita _____

Data nascita ____/____/_____

Codice Fiscale _____

Qualifica professionale _____

- Dipendente
- Libero professionista
- A domicilio o collab/coadiuv. con il coniuge
- Lavori occasionali o stagionali
- Altro _____

Ente o Ditta presso cui lavora _____

Ubicazione posto di lavoro _____

Telefono lavoro _____

Orario di lavoro settimanale n° ore _____

Settimana tipo:

- | | | |
|-----------|-------------|------------|
| Lunedì | dalle _____ | alle _____ |
| Martedì | dalle _____ | alle _____ |
| Mercoledì | dalle _____ | alle _____ |
| Giovedì | dalle _____ | alle _____ |
| Venerdì | dalle _____ | alle _____ |

- Turni di lavoro sulle 24 ore
- Pendolarità settimanale oltre 40 Km.
- Assenza da casa almeno 4 mesi all'anno

**DATI
MADRE – TUTORE**

Cognome nome _____

Residente a _____

Via _____

Luogo nascita _____

Data nascita ____/____/_____

Codice Fiscale _____

Qualifica professionale _____

- Dipendente
- Libero professionista
- A domicilio o collab/coadiuv. con il coniuge
- Lavori occasionali o stagionali
- Altro _____

Ente o Ditta presso cui lavora _____

Ubicazione posto di lavoro _____

Telefono lavoro _____

Orario di lavoro settimanale n° ore _____

Settimana tipo:

- | | | |
|-----------|-------------|------------|
| Lunedì | dalle _____ | alle _____ |
| Martedì | dalle _____ | alle _____ |
| Mercoledì | dalle _____ | alle _____ |
| Giovedì | dalle _____ | alle _____ |
| Venerdì | dalle _____ | alle _____ |

- Turni di lavoro sulle 24 ore
- Pendolarità settimanale oltre 40 Km.
- Assenza da casa almeno 4 mesi all'anno



Consenso permanente per uscite a piedi sul territorio a scopo didattico

Il diretto contatto con l'ambiente naturale, sociale e culturale del nostro territorio, è un'opportunità educativa che il servizio coglie nell'ambito della progettazione della sua offerta formativa. Nel corso dell'anno saranno pertanto organizzate uscite presso la biblioteca, i parchi, l'oratorio, la chiesa...

Mentre per le gite di Istruzione (che implichino l'uso del mezzo di trasporto) verrà fornita apposita comunicazione e richiesta specifica di autorizzazione per la partecipazione del proprio figlio, per le uscite brevi, a piedi sul territorio, è richiesto un CONSENSO SCRITTO A CARATTERE PERMANENTE.

Si specifica che le famiglie saranno comunque preventivamente avvise anche in riferimento a tali uscite seppure senza la richiesta di autorizzazione.

I sottoscritti _____

genitori (o esercenti la patria potestà)

dell'alunno/a _____

frequentante l'Asilo Nido

AUTORIZZANO

il proprio/a figlio/a ad effettuare uscite a piedi sul territorio, per l'anno scolastico 2026/2027.

_____, _____

Firma del genitore _____

Firma del genitore _____



VACANZE NATALIZIE E VACANZE ESTIVE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Tel. _____

Genitore di _____

Nato/a a _____ il _____

**SEGNALA L'ASSENZA DEL/DELLA PROPRIO/A FIGLIO/A NEI SEGUENTI
 GIORNI/PERIODI NELL'A.S. 2026/2027:**

PERIODO VACANZE NATALE	PERIODO ESTIVO
<input type="checkbox"/> 28 DICEMBRE 2026 <input type="checkbox"/> 29 DICEMBRE 2026 <input type="checkbox"/> 30 DICEMBRE 2026 <input type="checkbox"/> 31 DICEMBRE 2026 <input type="checkbox"/> 4 GENNAIO 2027 <input type="checkbox"/> 5 GENNAIO 2027	<input type="checkbox"/> LUGLIO 2027 (Da giovedì 01/07/2027 a venerdì 30/07/2027)

_____, _____

Firma del genitore _____

