Sezione Primavera

SCUOLA MATERNA COMM. PIERO E MATILDE CAVALLI
Via A. Locatelli n.10 – 24020 – Villa di Serio – Bg
Telefono: 035/661260 – Fax: 035/658850
e-mail: scuolainfanziavilladiserio@virgilio.it

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:_____

La sottoscritta _____ Cod. Fisc. _____

nata a _____ Prov.____ il____/____/_____ in qualità di_____

tel._____ / cell. _____ e mail:_____

CHIEDONO

l'iscrizione alla *Sezione Primavera* per l'anno educativo 20____/20____

di _____ ☐ M ☐ F

A tal fine dichiarano, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevoli delle 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 famigliare con frequenza: ☐ nido ☐ sezione primavera ☐ scuola infanzia

che 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 90,00, quale quota di iscrizione e contributo spese.

Sezione Primavera

SCUOLA MATERNA COMM. PIERO E MATILDE CAVALLI
Via A. Locatelli n.10 – 24020 – Villa di Serio – Bg
Telefono: 035/661260 – Fax: 035/658850
e-mail: scuolainfanziavilladiserio@virgilio.it

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 alla *Sezione Primavera* per l'anno educativo 20____/20____

di _____ ☐ M ☐ F

A tal fine dichiarano, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevoli delle 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 famigliare con frequenza: ☐ nido ☐ sezione primavera ☐ scuola infanzia

che 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 90,00, quale quota di iscrizione e contributo spese.

Sezione Primavera

SCUOLA MATERNA COMM. PIERO E MATILDE CAVALLI
Via A. Locatelli n.10 – 24020 – Villa di Serio – Bg
Telefono: 035/661260 – Fax: 035/658850
e-mail: scuolainfanziavilladiserio@virgilio.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 alla *"Sezione Primavera"*.

A tal fine si allega la certificazione ISEE rilasciata da:

- ☐ INPS
- ☐ CAAF
- ☐ Comune

indicante l'indicatore ISEE relativo.

Villa di Serio, ___/ ___/ _____

Firma _____

Firma _____

Sezione Primavera

SCUOLA MATERNA COMM. PIERO E MATILDE CAVALLI
Via A. Locatelli n.10 – 24020 – Villa di Serio – Bg
Telefono: 035/661260 – Fax: 035/658850
e-mail: scuolainfanziavilladiserio@virgilio.it

DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO

Ai genitori del bambino/a _____

frequentante la *"Sezione Primavera"* _____ 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 veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate del DPR 445 del 28 dicembre 2000.**

Villa di Serio, ___/ ___/ _____ Firma _____

Firma _____

Sezione Primavera

SCUOLA MATERNA COMM. PIERO E MATILDE CAVALLI
Via A. Locatelli n.10 – 24020 – Villa di Serio – Bg
Telefono: 035/661260 – Fax: 035/658850
e-mail: scuolainfanziavilladiserio@virgilio.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE
SERVIZIO ENTRATA ANTICIPATA

Il sottoscritto_____ in qualità di_____

la sottoscritta _____ in qualità di_____

del bambino _____

CHIEDONO

di usufruire del servizio di:

- **Entrata anticipata ore 08.30** ☐ €.25,00 mensili (minimo 5 iscritti)

Villa di Serio, ___/ ___/ _____

Firma _____

Firma _____

Sezione Primavera

SCUOLA MATERNA COMM. PIERO E MATILDE CAVALLI
Via A. Locatelli n.10 – 24020 – Villa di Serio – Bg
Telefono: 035/661260 – Fax: 035/658850
e-mail: scuolainfanziavilladiserio@virgilio.it

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

Sezione Primavera

SCUOLA MATERNA COMM. PIERO E MATILDE CAVALLI
Via A. Locatelli n.10 – 24020 – Villa di Serio – Bg
Telefono: 035/661260 – Fax: 035/658850
e-mail: scuolainfanziavilladiserio@virgilio.it

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 avvisate anche in riferimento a tali uscite seppure senza la richiesta di autorizzazione.

I sottoscritti _____ _____

genitori (o esercenti la patria potestà)

dell'alunno/a _____

frequentante la Sezione Primavera

AUTORIZZANO

il proprio/a figlio/a ad effettuare uscite a piedi sul territorio, per l'anno scolastico 2021/2022.

_____, _____

Firma del genitore _____

Firma del genitore _____

Sezione Primavera

SCUOLA MATERNA COMM. PIERO E MATILDE CAVALLI
Via A. Locatelli n.10 – 24020 – Villa di Serio – Bg
Telefono: 035/661260 – Fax: 035/658850
e-mail: scuolainfanziavilladiserio@virgilio.it

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. 2021/2022:

PERIODO VACANZE NATALE	PERIODO ESTIVO
☐ 27 DICEMBRE 2021 ☐ 28 DICEMBRE 2021 ☐ 29 DICEMBRE 2021 ☐ 30 DICEMBRE 2021 ☐ 31 DICEMBRE 2021 ☐ 3 GENNAIO 2022 ☐ 4 GENNAIO 2022 ☐ 5 GENNAIO 2022	☐ LUGLIO 2022 (Da venerdì 01/07/2022 a venerdì 29/07/2022) ☐ AGOSTO 2022 (Da lunedì 01/08/2022 a venerdì 05/08/2022)

_____, _____

Firma del genitore _____