



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: scuolainfanzivilladiserio@virgilio.it  
**info@scuolainfanzivilladiserio.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:  sì  no

stesso nucleo familiare 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: IT23H062305252000035315425) pari a Euro 90,00, quale quota di iscrizione e contributo spese.



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: scuolainfanzivilladiserio@virgilio.it  
**info@scuolainfanzivilladiserio.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 familiare 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.



**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 \_\_\_\_\_



### 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 dichiara 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 \_\_\_\_\_

**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 implicino 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 2023/2024.

\_\_\_\_\_

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. 2023/2024:

PERIODO VACANZE NATALE	PERIODO ESTIVO
<input type="checkbox"/> 27 DICEMBRE 2023 <input type="checkbox"/> 28 DICEMBRE 2023 <input type="checkbox"/> 29 DICEMBRE 2023 <input type="checkbox"/> 3 GENNAIO 2024 <input type="checkbox"/> 4 GENNAIO 2024 <input type="checkbox"/> 5 GENNAIO 2024	<input type="checkbox"/> LUGLIO 2024 (Da lunedì 01/07/2024 a mercoledì 31/07/2024)

\_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_