



Congregazione delle Suore Ancelle dell'Amore Misericordioso
SCUOLA AMORE MISERICORDIOSO
Sezione Primavera "MADRE SPERANZA", Infanzia e Primaria
Via Casilina 323- 00176 - ROMA
Tel. 06/278601 - Cell. 351/5350341
Mail: segreteria@scuolaamoremisericordioso.it

SCUOLA DELL'INFANZIA

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "AMORE MISERICORDIOSO"

Alla Coordinatrice Didattica della Scuola "Amore Misericordioso"

Il sottoscritto _____
(Cognome e nome del PADRE)

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ residente a _____

prov. _____ CAP _____ Via/Piazza _____

e-mail: _____ telefono _____

in qualità di: ☐ padre/esercente la responsabilità genitoriale ☐ tutore ☐ affidatario

e

La sottoscritta _____
(Cognome e nome della MADRE)

nata a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ residente a _____

prov. _____ CAP _____ Via/Piazza _____

e-mail: _____ telefono _____

in qualità di: ☐ madre/esercente la responsabilità genitoriale ☐ tutore ☐ affidatario

CHIEDONO

l'iscrizione del _____ bambino _____
(Cognome e nome del BAMBINO/A)

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ residente a _____

prov. _____ CAP _____ Via/Piazza _____

Cittadinanza: ☐ italiana ☐ altra (indicare nazionalità) _____

a codesta **Scuola dell'Infanzia "Amore Misericordioso"** per l'A.S. _____

☐ avvalendosi dell'anticipo per i bambini/e che compiono 3 anni entro il 30 aprile _____

IN ADESIONE

- Al progetto educativo dell'Istituto, al piano triennale dell'offerta formativa, al patto educativo di corresponsabilità e al Regolamento d'Istituto
- Alle Norme Amministrative e alle condizioni e ai termini economici, in particolare all'obbligazione relativa alla corresponsione dei ratei fissati dalla scuola
- Alle norme di sicurezza e igienico sanitarie adottate dalla scuola in ottemperanza alle disposizioni di Legge

Data

Firma

Composizione del nucleo familiare (oltre lo studente)

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela
			Padre
			Madre
			Fratello / Sorella
			Fratello / Sorella
			Fratello / Sorella
			Fratello / Sorella

È stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie ai sensi della legge 31 Luglio 2017 n.119

☐ **Sì** (portare copia del certificato di vaccinazione rilasciato dalla A.S.L. di appartenenza presso la Segreteria della Scuola)

☐ **No** (provvedere il prima possibile ad effettuare le vaccinazioni obbligatorie e portare la prenotazione dell' A.S.L. presso la Segreteria della Scuola)

Data

Firma

Firma di autocertificazione *

(Legge 127 del 1997, D.P.R. 445 del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla Scuola in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole della responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero.

* Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.

Il sottoscritto/a, presa visione dell' informativa resa dalla scuola ai sensi dell' articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso la quale il bambino/a risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell' ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679)

Data

Presa visione **

** Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.

I genitori dichiarano di essere a conoscenza **delle Norme Amministrative e del P.T.O.F.** presente sul sito internet della scuola e di accettarne il contenuto.

I genitori si impegnano, inoltre, a partecipare agli incontri organizzati per loro.

Data

Firma

DICHIARA / DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a

- è idoneo/a allo svolgimento dell'attività motoria: ☐ Sì ☐ No
(se NO allegare alla presente domanda documentazione medica)
- ha allergie da segnalare: ☐ Sì ☐ No Se sì quali _____
(se SÍ allegare alla presente domanda documentazione medica)
- alunno/a con disabilità ☐ Sì ☐ No Se sì quali _____
- alunno/a con DSA ☐ Sì ☐ No Se sì quali _____

RECAPITI (oltre quelli già indicati):

Cognome	Nome	Grado di parentela	Telefono

Il sottoscritto/a si impegna a sottoscrivere "l'Atto di delega per il ritiro degli alunni" presso la portineria della Scuola per il proprio figlio/a per l'anno scolastico _____

Inoltre prende atto che la responsabilità della scuola cessa dal momento in cui il bambino viene affidato alla persona delegata e che la delega vale fino alla chiusura dell'anno scolastico.

Data

Firma

I genitori/tutore dell'alunno/a si impegnano a consegnare in Segreteria, unitamente a questo modulo di iscrizione:

- copia di un documento in corso di validità dell'alunno/a;
- copia della tessera sanitaria dell'alunno/a;
- copia di un documento in corso di validità dei genitori/tutori
- copia della tessera sanitaria dei genitori/tutori

MODALITA' DI PAGAMENTO

- **BONIFICO BANCARIO** codice IBAN IT63C0200805043000400508545 intestato a Congregazione delle Suore Ancelle dell'Amore Misericordioso - Via Casilina, 323 - 00176 Roma - nella causale indicare NOME E COGNOME del bambino, CLASSE, TRIMESTRE o NUMERO PASTI;
- **BANCOMAT** o **CARTA DI CREDITO** in segreteria;
- Il pagamento in **CONTANTI** è accettato ma sconsigliato in quanto non detraibile fiscalmente in sede di dichiarazione dei redditi poiché non tracciabile.

Data

Firma