DOMANDA DI ISCRIZIONE

Alla Coordinatrice delle Attività Educative e Didattiche

Congregazione delle Suore Ancelle dell'Amore Misericordioso
SCUOLA PRIMARIA PARITARIA
"AMORE MISERICORDIOSO"
Paritaria D.M. 01.12.2000
Via Casilina 323 – 00176 - ROMA

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA PRIMARIA

Al Dirigente scolastico della Scuola "Amore Misericordioso"

_l_ sottoscritt_ _____

(Cognome e nome)

in qualità di ☐ genitore/esercente la responsabilità genitoriale ☐ tutore ☐ affidatario

CHIEDE

l'iscrizione dell'alunn_ _____

(Cognome e nome)

alla classe _____ di codesta scuola "Amore Misericordioso" per l'A.S. 2024/2025

- Avvalendosi dell'anticipo

(*Riferita solo a coloro che compiono il sesto anno di eta' nel periodo compreso tra il 1° Gennaio ed il 30 Aprile 2025*)

Indica, sulla base del Piano dell'Offerta Formativa della scuola, la seguente preferenza di orario:

- ☐ 25 ore settimanali (solo la mattina);
- ☐ 32 ore settimanali (con 2 rientri settimanali);
- ☐ Tempo pieno per 42 ore settimanali

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

Dichiara che

- l'alunn_ _____

(Cognome e nome)

- è nat_ a _____ il _____

- è cittadino ☐ italiano ☐ altro (indicare nazionalità) _____

- è residente a _____ (prov.) _____

Via/piazza _____ n. _____

tel. _____indirizzo email:_____

Codice fiscale dell'alunno/a_____

- proviene dalla scuola dell'infanzia ☐ sì ☐ no

(Nome scuola)_____

- la propria **famiglia convivente** è composta, oltre all'alunno, da:

Cognome e Nome	Luogo e Data di nascita	Codice fiscale (SOLO PER I GENITORI)	Grado di parentela
			○ **Padre;** ○ **Madre**
			○ **Padre;** ○ **Madre**
			○ Fratello; ○ Sorella
			○ Fratello; ○ Sorella
			○ Fratello; ○ Sorella

- è stato sottoposto alle **vaccinazioni obbligatorie**:

- ○ SI (Se sì, è necessario portare la **fotocopia del certificato di vaccinazione** presso la Segreteria della Scuola il prima possibile)
- ○ NO (Se no, è necessario provvedere il prima possibile ad effettuare le **vaccinazioni obbligatorie** e portare la prenotazione della U.S.L. presso la Segreteria della Scuola secondo la **normativa sui vaccini**);

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.

*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, 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 risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, 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.

* * * * *

Il sottoscritto DICHIARA che suo/a figlio/a è di sana e robusta costituzione e può svolgere attività sportiva non agonistica sollevando la scuola da ogni responsabilità.
Si prega cortesemente di far presente all'insegnante di **Educazione fisica** eventuali problematiche che potrebbero compromettere il normale svolgimento dell'attività fisica del proprio/a figlio/a.
In caso di momentanea sospensione dell'attività (infortunio, operazione chirurgica ecc…) si richiede il certificato medico o una dichiarazione scritta del genitore per il periodo di esonero.

Data **Firma**

---------- ----------

I genitori dichiarano di essere a conoscenza **delle Norme Amministrative e del P.T.O.F. presente sul sito internet della Scuola** (www.scuolaamoremisericordioso.it), e di accettarne il contenuto. I genitori si impegnano, inoltre, a partecipare agli incontri organizzati per loro.

Data **Firma**

---------- ----------

RECAPITI

Genitori:	Tel. Casa	Tel. Lavoro	Cellulare
Madre			
Padre			
Altri: _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

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 2024/2025. Inoltre:

- Dichiaro di sollevare da qualsiasi responsabilità conseguente la scuola stessa.
- Prendo 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.

N.B. si fa presenti che, ai sensi dell'art. 591 Codice Penale, al ritiro non può essere delegata una persona minore di anni 14.

Data **Firma**

--- ---

L'alunno/a ha particolari **intolleranze o allergie alimentari**?

- NO;
- SI (Se sì allegare il **certificato medico** o portarlo quanto prima alla Segreteria della Scuola)

Data **Firma**

--- ---