

Istituto scolastico di Acquarossa

Sede di Acquarossa

Ariano Belli, Direttore

6716 Acquarossa

Tel: 091 871 19 02

E-mail: sc.acquarossa@edu.ti.ch

ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

2018-2019

Il/la Signore/a _____

Cognome _____

Nome _____

Iscrive

Non Iscrive [Se nell'obbligo allegare lettera d'intenti]

DATI ALLIEVO

Cognome:

Nome:

|Primogenito

Sì - No

|Data di nascita

|Sesso

|Lingua materna

|Ev. seconda lingua

|Luogo di nascita¹⁾

|Domicilio

|Nazionalità

|Attinenza²⁾

Solo per stranieri

|Tipo di permesso

B - C - D - G - F - N - S

| Data entrata in CH

|Scadenza permesso

1) se straniero indicare la Nazione 2) per gli Svizzeri

ISCRIZIONE IN DEROGA [Solo per bambini nati ad agosto e settembre]

|SI

|NO

ATTENZIONE: se **SI** allegare lettera di motivazione

DATI GENITORI

|Paternità

|Maternità

|Prof. Padre

|Prof. Madre

|Autorità parentale

genitori - congiunta - padre - madre - tutore - fratello/sorella

|Situazione familiare

sposati - conviventi - divorziati/separati - fam. monoparentale

|Ev. tutore/curatore

INDIRIZZO A CUI INVIARE LA CORRISPONDENZA UFFICIALE

|Indirizzo e località

Eventuale indirizzo di detentore di autorità parentale o tutela che non vive con l'allievo

|Cognome e Nome

|Indirizzo e località

RECAPITI TELEFONICI

|Telefono (domicilio)

Recapiti padre

Recapiti madre

|Cellulare

|Cellulare

|Professionale

|Professionale

|e-mail

|e-mail

|Eventuale altro contatto (segnalare di chi)

ALLERGIE O INTOLLERANZE (presentare certificato medico)

INFORMAZIONI SANITARIE - a discrezione dell'autorità parentale

|Cassa malati

|Medico curante

|Assicurazione infortuni

|RC

|Osservazioni sanitarie

|Luogo _____

|Data _____

|Firma di un genitore

(o del rappresentante legale)

